



APRENDIZAJE DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

René Cristóbal Crocker Sagastume
Luis Felipe Abreu Hernández
Juan Víctor Manuel Lara Vélez

Coordinadores

Aprendizaje de la atención primaria en salud



Aprendizaje de la atención primaria en salud

René Cristóbal Crocker Sagastume
Luis Felipe Abreu Hernández
Juan Víctor Manuel Lara Vélez
(Coordinadores)

Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina



Título: Aprendizaje de la atención primaria en salud

Coordinadores: René Cristóbal Crocker Sagastume, Luis Felipe Abreu Hernández, Juan Víctor Manuel Lara Vélez

Autores: René Cristóbal Crocker Sagastume; Luis Felipe Abreu Hernández; Juan Víctor Manuel Lara Vélez; Igor Ramos Herrera; José Luis Vázquez Castellanos; Ana Carolina Sepúlveda Vildósola; Hilda Beatriz Orozco Anzo, Noé Alfaro Alfaro; Jaime Salvador Mosén; Yolanda Martínez López; Sandra Margarita Rubio Ávila; Cristina García Franco; Gloria María Herrera Correa; Deyanira González Vilchis.

Primera edición 2024

Fotografía de carátula: Alumnas de Medicina y Nutrición en Centro Modélico Las Colmenas, Guadalajara, Verano Delfín 2023. Autor: Dr. René Crocker Sagastume.

© D.R. 2024 Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina

Editorial AMFEM A. C.

Avenida López Cotilla 754, Colonia del Valle

Ciudad de México, México



ISBN: 978-84-19803-35-1

Hecho en México

Made in Mexico



Cd. De México a 11 de marzo de 2024

Consejo Directivo 2023-2025

PRESIDENTE

Dr. J. Víctor Manuel Lara Vélez
Universidad de Guadalajara

VICEPRESIDENTE

Dr. Ramón I. Esperón Hernández
Universidad Autónoma de Yucatán

PRIMER VOCAL

Dr. José Antonio Hurtado Montalvo
Centro de Estudios Universitarios
Xochicalco, Campus Tijuana

SEGUNDO VOCAL

Dra. Mónica del Carmen Preciado Puga
Universidad de Guanajuato

SECRETARIO EJECUTIVO

Dr. Miguel Eduardo Pinedo Ramos
Universidad Autónoma de Zacatecas

SECRETARIO ACADÉMICO

Dr. Luis Felipe Abreu Hernández
Universidad Autónoma de México

SECRETARÍA ADMINISTRATIVA

Lic. Yvonne Erika Enriquez Fischer

CONSEJERO ACADÉMICO

Dr. Alfredo Díaz Alejandro
Universidad Autónoma de Nayarit

CONSEJERA DE CALIDAD

Dra. Rosalba E. Gutiérrez Olvera
Universidad Westhill

CONSEJERO DE PLANEACIÓN

Dr. Luis Alberto Méndez Trujequé
Universidad Marista de Mérida



Dr. René Cristóbal Crocker Sagastume
Dr. Luis Felipe Abreu Hernández
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez
PRESENTE .-

La Editorial AMFEM, les informa que el libro: *Aprendizaje de la Atención Primaria en Salud*; ha sido **Aprobado** para su publicación, una vez que ha cumplido con los criterios de la editorial AMFEM. Se especifica que el libro fue revisado y arbitrado por un proceso de evaluación de pares y modificado de acuerdo con las observaciones realizadas por el Comité Editorial.

ATENTAMENTE

Dra. Haydee Parra Acosta
EDITORIAL AMFEM

Contenido

Prólogo	9
Juan Víctor Manuel Lara Vélez	

Introducción	17
René Cristóbal Crocker Sagastume	

Primera parte

Aspectos histórico-conceptuales

Elementos para el debate de la atención primaria en salud

23

Capítulo 1. El enfoque ecosistémico y ecosocial de la salud	25
Luis Felipe Abreu Hernández, Ana Carolina Sepúlveda Vildósola y Juan Víctor Manuel Lara Vélez	

Capítulo 2. La atención primaria en los sistemas de salud.	
Un análisis histórico desde las políticas de salud.	61
José Luis Vázquez Castellanos y René Cristóbal Crocker Sagastume	

Capítulo 3. Los programas básicos en la atención primaria en salud. Conceptos y su aplicación en el territorio	93
Noé Alfaro Alfaro	

Capítulo 4. Relación de la salud pública con la atención primaria en salud	105
Jaime Salvador Moysén y Yolanda Martínez López	

Capítulo 5. Una nueva vigilancia en salud pública	
para la atención primaria de salud	131
José Luis Vázquez Castellanos y Igor Martín Ramos Herrera	

Segunda parte

Elementos educativos para el aprendizaje de la atención primaria en salud	145
---	-----

Capítulo 6. La educación interprofesional	
en atención primaria en salud	147
René Cristóbal Crocker Sagastume y Sandra Margarita Rubio Ávila	

Capítulo 7. Medicina académica en atención primaria de la salud . .	157
Cristina García Franco y Gloria María del Socorro Herrera Correa	

Capítulo 8. Medicina académica, atención primaria	
de salud e interculturalidad	169
Deyanira González Vilchis	

Capítulo 9. Uso de las tecnologías de información	
en medicina académica de atención primaria en salud	195
Igor Martín Ramos Herrera	

Tercera parte

Los centros modélicos

Espacios de docencia, servicio e investigación para
el aprendizaje de la atención primaria en salud

217

Capítulo 10. Centros modélicos en el aprendizaje	
de la atención primaria de la salud	219
René Cristóbal Crocker Sagastume y Hilda Beatriz Orozco Anzo	

Capítulo 11. Los centros modélicos para el aprendizaje del desarrollo	
sostenible intercultural en atención primaria de salud	231
René Cristóbal Crocker Sagastume	

Capítulo 12. La incorporación de la investigación en	
el aprendizaje de la atención primaria en salud	247
René Cristóbal Crocker Sagastume	

Prólogo

El dinamismo científico ha obligado a que los procesos de enseñanza en ciencias de la salud se enfrenten al reto de actualizar y adecuar sus procesos de aprendizaje para ajustarse a las situaciones de la actual producción de conocimientos y la evolución tecnológica acelerada que contribuyan a generar estrategias educativas dinámicas y modernas aplicables al proceso de salud y enfermedad en el mundo.

Las fronteras hoy en día están abiertas a una movilidad sin precedentes. De igual forma, las facilidades para la transportación de personas, materias primas y productos, que traspasan los límites entre los países nunca se han visto antes. El incremento en la movilidad de inmigrantes que por múltiples razones tienen que dejar su país para buscar la paz, la salud o el trabajo, nos ha enfrentado a situaciones de alerta en temas de salud en el mundo, entre otros efectos. El ejemplo claro de esto fue la pandemia de COVID-19, la cual se caracterizó por la rápida diseminación a escala mundial del virus, siendo evidente la influencia de la movilidad en la transmisión de la enfermedad por el mundo.

Lo anterior exhibió las situaciones del sistema de salud de cada país, su capacidad de respuesta, sus fortalezas y debilidades y los resul-

tados de sus decisiones. La alerta mundial generó interrogantes sobre la eficiencia de los sistemas de salud con resultados inmediatos, resolutivos y efectivos para la asistencia sanitaria de los pueblos del mundo. Se ha de considerar que, así como hace más de 40 años la Declaración de Alma-Ata puso a debate la atención primaria a la salud (APS), de su traducción de “primary health care” como una estrategia que pudiera optimizar las condiciones de infraestructura en salud para cumplir con la obligación del Estado de proporcionar salud para todos, con una evidencia de eficacia en la aplicación presupuestal y para generalizar la detección oportuna y el tratamiento efectivo, así como la limitación del daño sobre todo en etapas productivas de la población, esto ha revivido la necesidad de una revisión de la planeación de los sistemas de salud con una perspectiva más eficiente, mejor organizada y estructurada con el propósito de resolver los problemas de salud de la comunidad, para que con enfoque multidisciplinario se establezca el diagnóstico oportuno, tratamiento integral, económicamente viable, que reduzca y evite la incapacidad laboral y conserve la integridad de los seres humanos en su entorno.

La conceptualización de “SALUD” como la conocemos, según la OMS: “Es el completo bienestar físico, psicológico y social”, tiene que someterse a un análisis más profundo en los tiempos actuales, con mayor claridad y precisión conceptual, que debe basarse en la felicidad a la que aspiran los seres humanos. Esta deberá ser integral en muchos de estos aspectos, incluida la salud e integridad física, con oportunidades nutricionales efectivas, con acceso a una educación con perspectiva de ascenso social, disponer de seguridad laboral, con medicina social y sólida visión preventiva, con salud mental evidente, con base social, con un núcleo familiar integral, con unidad comunitaria y colaborativa. Diversos autores analizan adecuadamente cada uno de los aspectos mencionados de una manera extraordinaria con una profundidad conceptual y calidad humana impresionante, y dispuestos a aceptar los retos que implica la consolidación de la propuesta de APS mediante una discusión amplia y de calidad en salud y educación.

Los cambios digitales que estamos viviendo son acelerados, emocionantes, discordantes y llenos de oportunidades. Al mismo

tiempo, presentan muchos retos para enfrentar los problemas de salud y educación de la población mundial.

Hemos observado ya cuatro revoluciones digitales: 1. el impacto de la telefonía en comunicación; 2. el desarrollo y accesibilidad de las computadoras personales; 3. la expansión de Internet y las búsquedas de información a través de los medios electrónicos, así como el auge e influencia de las redes sociales; y 4. la creciente ubicuidad de la informática en cómputo y la conectividad en aparatos móviles.

Los cambios radicales provocados por estas revoluciones pueden parecer repentinos e inesperados. Cambian drásticamente la forma en que vivimos y cómo enseñamos, cómo aprendemos y cómo convivimos. Sorprendentemente, muchos de nosotros y particularmente los jóvenes ahora pasamos inmersos mucho más tiempo en espacios e interacciones digitales que en intercambios personales cara a cara; algo que hace apenas una generación parecía ciencia ficción.

Los avances de la tecnología digital son acelerados y los nuevos mundos que crean pueden resultar desconocidos y desorientadores, incluso cuando entendemos su potencial para enriquecer nuestras vidas, mejorar nuestras relaciones y abrir nuevos horizontes para la educación.

Por esto, las instituciones de educación superior hoy se enfrentan al complejo reto de la alfabetización en inteligencia artificial (IA), la cual obliga a una reestructuración curricular que se dinamiza y determina la implementación de una formación docente efectiva, actual, oportuna y humana, con un programa de formación y desarrollo continuo, que favorezca las actualizaciones necesarias del proceso educativo que prevea la velocidad a la que enfrentaremos los cambios.

AMFEM, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, tiene ahora más de 65 años a partir de su fundación. Desde sus inicios, uno de sus objetivos ha sido concentrar a la mayoría de escuelas y facultades de Medicina en el país, tanto públicas como particulares, con la misión de buscar la calidad en el proceso de formación de los profesionales de medicina, y para ello ha dedicado recursos humanos y estructurales que permitan el intercambio de ideas, experiencias y éxitos en la formación de los

médicos, discutiendo las estrategias para consolidar un currículo que integre y resuelva las necesidades tanto de conocimientos sobre la naturaleza humana, como los procedimientos de exploración diagnóstica en clínica, y de manera muy singular la preocupación por mantener el humanismo, la ética y el profesionalismo en el tratamiento integral de los pacientes, sus familias, su comunidad y la población donde se desarrollan, y lograr mantener en los corazones y mentes de los futuros médicos de este país el sentido de servir, bajo la filosofía de que el médico que “no vive para servir, no sirve para vivir”.

La presente obra está construida por profesionales en la salud pública, en la enseñanza, en la planeación, en la evaluación y en la visión del reto futuro de salud para la humanidad, condicionada por las lecciones aprendidas en esta década y que permitirá proponer una ruta más clara para abordar los retos de la enseñanza de la medicina y para que los estudiantes en formación, que estaremos egresando en nuestro país en los próximos años, dispongan de las competencias idóneas para enfrentar los problemas de salud de nuestras comunidades.

En este trabajo se tienen algunas conceptualizaciones para lograr lo anteriormente descrito y ante la problemática en salud, que conlleva algunos desacuerdos entre los colaboradores de la obra sobre todo en la forma, pero no en el fondo, que busca el objetivo de consolidar la formación de los profesionales de la salud congruentes con la misión de la institución educativa y las necesidades del sistema nacional de salud.

La presente obra está elaborada para impulsar la APS como guía fundamental de un sistema de salud más justo, humano y económico. Comprende tres segmentos que contienen:

El primero, entre otros aspectos, define el macromundo en salud, que contempla el sistema de salud de nuestro país, organización y cobertura, desde sus orígenes hasta nuestros tiempos, en donde se considera un sistema de salud fragmentado, dividido, con serias dificultades para el cumplimiento de los compromisos del Estado, que en materia de salud los define el Artículo 4.º Constitucional.

La experiencia obtenida durante el periodo 2019-2023, sobre la pandemia de COVID-19, mostró de manera muy clara las defi-

ciencias del sistema de salud, no solo en infraestructura, sino en la capacidad de planeación, toma de decisiones, realización de acciones, utilización de los recursos humanos y hospitalarios disponibles, y sin consolidar una cobertura adecuada a la demanda de la pandemia. Todo lo anterior, sin dejar de reconocer los múltiples esfuerzos y evidencias claras de la voluntad humana de servir, pero incompleta, insuficiente e injusta, que desafortunadamente se expresó en la elevada morbilidad de los mexicanos.

Procurando definir y determinar las fallas, analizando las cifras, y pensar en resultados potencialmente mejores, sin omitir la oportunidad de profundizar en la situación epidemiológica real de la salud que se presenta en México, y creando una expectativa posible, para que, de no cambiar el rumbo ni la estructura del sistema de salud, y para que todos los esfuerzos, en todos los sentidos privilegien la orientación causal de que siempre es mejor “prevenir en vez de tratar”.

No todos los países ni todas las personas han experimentado el efecto de las recientes revoluciones tecnológicas de la misma manera, ni necesariamente se han desarrollado paso a paso de la misma forma. En muchos lugares, la revolución móvil ha sido el vehículo de la informática personal, el acceso a Internet y las redes sociales: las cuatro revoluciones a la vez generan una disrupción importante, aunque llena de posibilidades.

La presente obra pone en discusión cuáles son los retos para elaborar una propuesta integradora de estructura curricular que facilite la incorporación inter y multidisciplinaria de atención a la salud de los individuos con su familia y en su comunidad, en donde la visión integral del macromundo de los ciudadanos se conjugue en la personalización de la atención y que su micromundo de la salud se vea incluido en el proyecto para su inserción al mundo productivo, y que su atención integral facilite la continuidad en la planta productiva y, en su caso, su reintegración al mundo laboral, en tanto que su núcleo familiar se mantiene íntegro y su comunidad sea socialmente sana.

La segunda parte nos obliga a reconocer, en las cuestiones de aprendizaje, cómo la responsabilidad de las instituciones educativas nos obliga a esperar una revolución educativa, a la misma velocidad de la ciencia, que nos activa en un currículo dinámico, con

un programa de desarrollo profesional continuo, y una formación académica consolidada en actualización permanente y evaluación continua de los procesos de aprendizaje encadenados a un perfil de egreso acorde a las necesidades dinámicas del conocimiento y adaptación. Nos obliga también a reconocer que una prioridad en la enseñanza estriba en un desarrollo humano y de compromiso social.

No resulta fácil definir en los capítulos qué es a lo que nos enfrentamos desde la historia, la evolución con fracasos y aciertos de la atención en salud y la estrategia de APS: qué representa el “QUÉ”, qué es el “CÓMO”, y qué se espera que no tarde el “CUÁNDO”, ya que el futuro nos empuja a entrar a una carretera de alta velocidad, reforzar la velocidad de los cambios, mantener la eficiencia y la evaluación continua de nuestras acciones en salud y la formación de recursos humanos de calidad profesional y humanística, para que la “SALUD PARA TODOS” sea una realidad y no solo un sueño o unas ideas que se vean perdidas en las buenas intenciones.

Los retos de la generación futura presentan la necesidad de una estrategia de salud integral; una universidad más adaptativa, creativa y dinámica que camine paralelamente a las necesidades de formación de profesionales, respetuosos de la interculturalidad y el respeto a la diversidad en los seres humanos, que sean incluyentes en la multidisciplinariedad, en el trabajo en equipo, y capaces de soportar la carga que originará la pirámide poblacional, con más adultos mayores y menos jóvenes que deberán esforzarse para mantener las líneas de sobrevivencia, productividad y salud para todos en un mundo que se agota por la destrucción ecosistémica, la destrucción de la biodiversidad, la contaminación y la sobrepoblación mundial, etc., con requerimientos de autorregulación obligatoria para la existencia de la Humanidad.

La tercera parte de la presente obra se inclina a una revisión en un futuro que ya es nuestro presente, que significa la inclusión de la inteligencia artificial, que se incorpora ya a todos los ámbitos de vida de los seres humanos. La mayoría de los procesos en la cadena productiva se automatizan y se suple la presencia humana por las máquinas, y que muy pronto encaminará a la mayoría de los procesos a través de tecnologías que superan la presencia humana y con ello la tecnificación que aleja más el contacto humano y

la sensibilidad entre las acciones y la comprensión humana y la humanización de los procesos con una reflexión que no será presencia en una máquina.

En la medicina, los procedimientos diagnósticos se establecerán más comúnmente por la creciente tecnología, con una precisión más cercana al 100 % de efectividad y objetividad, y cuidando que la actividad profesional no pierda la calidad humana y la sensibilidad que requiere el ejercicio profesional en ciencias de la salud.

Invito a los lectores a introducirse en la lectura de la presente obra, para generar motivos de discusión que nos lleven a continuar con el reto de la salud, en cuanto a su análisis en las universidades, nuevos planes de estudio con competencias integrales, amplias, dinámicas y con calidad humana y trabajo colaborativo para los futuros retos del milenio, en los ámbitos de Salud y Educación.

Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez
Universidad de Guadalajara
Presidente de AMFEM, 2023-2025

Introducción

El libro *Aprendizaje de la atención primaria en salud* es una publicación colegiada académico-científica liderada por la Sección de Innovación de Sistemas de Salud del Cuerpo Académico de la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina, con la colaboración de expertos en el campo de la salud pública, la epidemiología, la sociología, la ecología, la educación y las políticas públicas en salud y educación superior.

La publicación tiene el propósito de contribuir al debate político-académico de las relaciones entre los servicios de salud, con énfasis en el enfoque de atención primaria en salud y la formación de profesionales de la salud, con énfasis en la educación médica, en una coyuntura de definiciones estratégicas en los sistemas de salud y el nuevo rumbo de la educación médica en América Latina, desde la realidad que se vive en México.

El documento se construye en un contexto complejo para brindar cuidado y atención a la salud y para formar profesionales relacionados con el campo, en un mundo en crisis acelerado por las transformaciones de la economía global y la recomposición a un planeta multipolar que está generando conflictos armados en diferentes regiones del globo y que está debilitando el rol de los organismos internacionales multilatera-

les surgidos después de la Segunda Guerra Mundial, tales como las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud, la UNESCO, entre otras.

La situación compleja, económica, política y militar, se agrava por la crisis ecológica que padece el planeta desde hace 200 años con el surgimiento del capitalismo, que se ha agravado en los últimos 40 años por el proceso acelerado de capitalismo salvaje impulsado por las transnacionales, que ha deteriorado la biodiversidad y que ha puesto en riesgo la vida planetaria.

La consecuencia de ambas situaciones contextuales ha producido la sindemia de enfermedades crónico-degenerativas y enfermedades infectocontagiosas como el COVID-19, que han generado una situación disruptiva en los sistemas de salud y la formación de profesionales de la salud, que es necesario abordar y profundizar desde el enfoque de atención primaria y ha sido uno de los motivos de la presente publicación.

A ese contexto complejo hay que agregar el impulso de la sociedad del conocimiento y la información producto de las formas de innovación científico-tecnológicas y sociales derivadas de la tercera y cuarta revoluciones científico-tecnológicas relacionadas con la biotecnología, la microelectrónica y la robótica que han modificado las formas de vivir, investigar y aprender. Es una situación problemática, que habrá que comprender en su justa dimensión, para generar nuevas propuestas de cuidado, promoción y atención primaria a la salud, así como la forma de aprender e investigar los complejos problemas de salud-enfermedad y atención.

Este contexto complejo es un nuevo reto para las comunidades académicas del campo de ciencias de la salud, ya que se deben construir propuestas, no solo para innovar los sistemas de atención de la salud que den respuesta a las necesidades y demandas de la población, sino que se deben diseñar programas educativos que sean pertinentes con el cuidado y promoción de la salud de los pueblos, con su participación activa en los espacios sociales donde viven, trabajan, estudian y se recrean, así como formar profesionales de la salud que se inserten con competencias profesionales en los niveles de atención del sistema de salud para analizar los riesgos y daños a las enfermedades.

Estas demandas de la población, del sistema de salud y de las escuelas y facultades de Ciencias de la Salud, son asumidas y reflexionadas por la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, a través de su Cuerpo Académico, como órgano colegiado que ha venido funcionando en los últimos diez años, a través de diversas publicaciones relacionadas con el campo de la formación de profesionales de la salud y propuestas de innovación para el cuidado y atención de la salud.

La temática que se prioriza en la presente publicación es el aprendizaje de la atención primaria de la salud, tarea asumida por la Sección de Innovación a los Sistemas de Atención a la Salud. Para construir la presente publicación se ha invitado a diversos académicos de universidades mexicanas expertos en los campos de salud pública, epidemiología, sociología, ecología, antropología, pedagogía y tecnologías educativas, organizados en grupos de trabajo para abordar, desde su experiencia y gestión del conocimiento, un conjunto de ensayos que sirvan de elementos para organizar un debate público con las escuelas y facultades formadoras de profesionales de la salud, con las instituciones del sistema de salud, con las organizaciones de la sociedad civil y la sociedad política del país y de América Latina interesada en el tema.

El debate inicial ha sido al interior de las escuelas y facultades de Medicina afiliadas a AMFEM, a través de diversas reuniones y talleres nacionales en donde se ha abordado la problemática de la atención primaria en salud y las formas de cómo aprenderlas. Los abordajes iniciales permitieron a la Sección de Innovación de Sistemas de Salud del Cuerpo Académico sistematizar la propuesta que generó la idea de invitar a miembros de cuerpos académicos que trabajan el tema en las escuelas y facultades de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, la Universidad Autónoma de México, la Universidad de Durango, la Universidad Veracruzana, la Universidad Autónoma de Yucatán y la Universidad Intercultural del Estado de Chiapas, quienes aceptaron participar en la presente publicación.

La construcción del libro ha sido realizada con rigor académico, ya que no solo han participado los autores expertos de los diversos capítulos del documento, quienes han discutido a profundidad el contenido de estos, a través de tres foros, sino que ha

sido acompañada por colegas del Cuerpo Académico designados por el Comité de Publicaciones de AMFEM que han funcionado como revisores pares, principalmente en los aspectos de estilo y uniformidad de los contenidos.

Los capítulos que integran la presente publicación han sido guiados por criterios epistemológicos múltiples, en donde predomina el abordaje complejo ecosistémico, la importancia del rescate de las culturas en salud y ambiente, y las propuestas de aprendizaje flexibles adaptadas a las realidades locales y pertinentes con las demandas internacionales y el desarrollo de los campos disciplinares globales.

El libro está organizado en tres partes: en la primera se abordan los aspectos histórico-conceptuales de la atención primaria en salud, en donde se plantean elementos para un debate sobre este enfoque de atención a la salud. Para ello se analiza el contexto de la atención primaria desde un enfoque ecosistémico y ecosocial y sus implicaciones educativas, la evolución histórica de la atención primaria y sus relaciones con las políticas de salud, los programas básicos de la atención primaria y los distintos enfoques para su aplicación en los espacios sociales y en el territorio, las relaciones de la salud pública convencional y alternativa con la atención primaria en salud desde la perspectiva de las determinantes sociales de la salud, y por último, se analiza el modelo de vigilancia epidemiológica convencional y sus aplicaciones en la atención primaria en salud, así como se formula una propuesta de vigilancia de la situación de salud.

En la segunda parte se aportan elementos educativos para el aprendizaje de la atención primaria en salud (APS) relacionados con cuatro estrategias clave para su implementación: la educación interprofesional en atención primaria en salud, el enfoque de medicina académica en APS y su implementación en espacios de educación intercultural, así como el rol de las nuevas tecnologías de la información en la medicina académica de APS.

Por último, en la tercera parte del libro se elaboran propuestas para implementar el aprendizaje de la APS a través de la organización de centros modélicos para realizar docencia, investigación y servicios en los espacios sociales donde viven, trabajan, estudian y se recrean las poblaciones y comunidades. En esta parte se desa-

rollan ensayos producto de la experiencia y la práctica educativa realizada por los autores, a través de tres elementos estratégicos: el rol de los centros modélicos en el aprendizaje de la atención primaria para la salud, los centros modélicos en la educación interprofesional para el aprendizaje del desarrollo sostenible intercultural en atención primaria de salud y sus relaciones con el cambio climático planetario, y la construcción de una propuesta para la investigación interprofesional y transdisciplinar en el aprendizaje de la atención primaria en salud.

Como toda obra de carácter científico académico, se deben analizar las limitantes que se presentan en la propuesta: La primera está relacionada con el objeto de estudio particular, el enfoque de la atención primaria en salud tiene diversas perspectivas de abordarla, que permea las visiones de los capítulos de la primera parte del documento, por ser una obra colegiada.

La segunda limitante está relacionada con el aprendizaje de la atención primaria en salud, ya que se definen las estrategias generales, pero habrá que profundizar en el enfoque curricular de competencias, principalmente en la construcción del perfil de competencias profesionales integradas para la atención primaria en salud y en la profundización de aspectos didácticos para su implementación.

La tercera limitante está relacionada con las escasas experiencias para el desarrollo de los centros modélicos para el aprendizaje de la atención primaria en salud, ya que predominan las experiencias relacionadas con el primer nivel de atención con enfoque biomédico relacionadas con el análisis de riesgos y daño a la salud, en donde predomina la atención a las enfermedades.

Las obras científicas son importantes por los aportes que se presentan, pero su mayor relevancia está relacionada con el poder heurístico para continuar en la innovación del conocimiento, desde esta visión de ciencia quedan muchas interrogantes que se deben seguir profundizando en el campo del aprendizaje de la atención primaria en salud; sobresalen entre ellas: ¿Cuáles son los paradigmas emergentes que deben guiar la reflexión sobre la atención primaria de la salud y la formación de nuevos profesionales de la salud para los nuevos retos de una sociedad compleja? ¿Desde el campo de las ciencias sociales y humanas, cómo generar

propuestas educativas flexibles y adaptativas que permitan a las organizaciones educativas de ciencias de la salud dar respuesta a la problemática de salud y enfermedad de los pueblos del planeta y a los servicios de salud que se necesitan para lograr el derecho a la salud? ¿Cómo integrar de manera crítica, reflexiva y dialéctica las contradicciones de la docencia, servicio e investigación en los espacios de aprendizaje insertados en los espacios donde vive, trabaja, estudia y se divierte la población?

Los autores de los diferentes capítulos coordinados por los miembros de la Sección de Innovación de los Servicios de Salud del Cuerpo Académico de AMFEM esperamos que la presente obra genere ese potencial para el debate presente y futuro del aprendizaje de la atención primaria en salud.

Dr. René Cristóbal Crocker Sagastume
Sección de Innovación de Sistemas
de Atención a la Salud, AMFEM
Coordinador académico-científico del libro

Primera parte

Aspectos histórico-conceptuales
Elementos para el debate de la atención
primaria en salud

Capítulo 1

El enfoque ecosistémico y ecosocial de la salud

Luis Felipe Abreu Hernández¹

Ana Carolina Sepúlveda Vildósola²

Juan Víctor Manuel Lara Vélez³

Resumen

El presente capítulo analiza los orígenes del sistema de salud dominante como un sistema destinado a mantener la funcionalidad económica de la producción industrial; este sistema se derivó de la mecánica clásica y fortaleció la idea de que el cuerpo humano puede considerarse como una máquina regida por relaciones causa-efecto inmediatas. En este sentido, la clínica se configuró como el arte de encontrar la “parte rota” de la máquina humana para intentar repararla. Más tarde, con el surgimiento de la Segunda Revolución Industrial aparece el modelo fordiano de producción, regido por la línea de montaje, lo cual configuró un

-
1. Profesor titular de la Secretaría de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la UNAM, socio titular de la Academia Nacional de Medicina, secretario académico de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) A. C., miembro del Consejo Mexicano de Investigación Educativa (COMIE) A. C., socio fundador del Seminario Interdisciplinario de Bioética (SIB). Correo electrónico: luisabreu03@yahoo.com.
 2. Directora de la Facultad de Medicina de la UNAM, profesora titular de la Facultad de Medicina de la UNAM, tesorera y socia numeraria de la Academia Nacional de Medicina, miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel 1. Correo electrónico: anacsepulvedav@gmail.com.
 3. Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) A. C. y profesor del Centro universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Correo electrónico: drlara57@hotmail.com.

sistema de salud dirigido a mantener productivos a los trabajadores manuales rutinarios de baja calificación y fácil reemplazo, y los modelos industriales se transfirieron a la salud dirigida a mantener la capacidad de ejecutar trabajo físico. El sistema de salud se basó en la premisa de que todos los pacientes son iguales, se enferman de lo mismo y responden de la misma manera al tratamiento. En consecuencia, se pretendió estandarizar la medicina y manejar la salud con criterios industriales en donde se asocian diagnósticos con tratamientos estandarizados, y se le denominó “medicina científica” porque está centrada en actuar sobre las causas inmediatas, pero no sobre las causas de las causas, y se ignoró la complejidad de la salud y su carácter social. Así se pretendió formar médicos operarios que identificaran problemas y aplicasen tratamientos estandarizados. Con el surgimiento de la genómica se descubrió que las personas presentan variaciones genéticas sutiles, que frente a los retos ambientales pueden generar una buena adaptación o un metabolismo distorsionado, que si bien no causa la muerte inmediata, con el paso del tiempo genera daño orgánico. Se empezó a entender la salud como la habilidad de adaptarse, pero lograr una buena adaptación implica mejorar nuestra respuesta a los retos ambientales o bien eliminar los retos o ambas cosas al mismo tiempo. Este enfoque puede calificarse de ecosistémico, pero los seres humanos vivimos en entornos creados por nosotros mismos, por lo que además de los factores genéticos, hay que considerar los biológicos, los sociales y los ambientales, para concebir el proceso como ecosocial. Esta nueva visión de la salud daría origen a un sistema de salud contextualizado y adaptativo, capaz de identificar y responder a los retos del entorno en tiempo real, capaz de visualizar la interacción entre individuos, familias y comunidades con el entorno. La parte central del sistema de salud debe ubicarse en los ambientes de la vida cotidiana. Se concluye que la atención primaria de la salud (APS), que en realidad debe ser entendida como “sistema de cuidado prioritario de la salud” (SCPS), puede constituir la estrategia que permita responder a los nuevos retos, se analizan las distorsiones de la APS y su sentido correcto para favorecer el desarrollo humano y favorecer el tránsito desde una sociedad tecnocéntrica hacia una sociedad humanocéntrica.

Los orígenes del sistema de salud dominante

En sus orígenes, la medicina como ciencia surgió de la anatomía, las primeras causas de enfermedad identificadas fueron alteraciones o deformidades anatómicas. Posteriormente, con el desarrollo de la mecánica clásica, cuando el determinismo mecánico se volvió el modelo a seguir en toda la ciencia de la época, surgieron los primeros intentos de aplicar la física a las personas y los animales. René Descartes (1596-1650) pretendió hacer una explicación mecanicista de la fisiología y su discurso del método sirvió de base para desarrollar el método anatomoclínico (González Hernández, Domínguez Rodríguez, Fabre Pi, & Cubero, 2010). Más tarde, Julien de La Mettrie (1709-1751), siguiendo también a Descartes, sostiene que el hombre es una máquina (La Mettrie, 1961). Marie-Francois Xavier Bichat (1771-1802), ya en plena Revolución Industrial, en su *Anatomie générale* escribió: “La medicina ha sido rechazada durante mucho tiempo del seno de las ciencias exactas; tendrá derecho a acercarse a ellas, por lo menos en lo tocante al diagnóstico de las enfermedades, cuando a la rigurosa observación se haya unido el examen de las alteraciones que presentan sus órganos” (citado por González Hernández *et al.*, op. cit.). La medicina derivó en el arte de utilizar los signos y síntomas y su correlación con el estudio *post mortem* para identificar la parte rota de la máquina humana. Nótese que este es un sistema lineal de relaciones causa-efecto, sustentado en que a toda causa se corresponde un efecto específico, y a todo efecto específico se corresponde una causa única. Esta manera de visualizar la salud fue plenamente articulada en el siglo XIX por William Osler, considerado uno de los fundadores de la medicina moderna; en tal enfoque, todos los pacientes son iguales, se enferman de lo mismo y responden de la misma manera al tratamiento. Osler considera al cuerpo como una máquina, que se rompe, y el rol del médico se restringe a identificar la parte rota y a intentar arreglarla, las intervenciones se producen bajo demanda cuando algo se ha roto o alterado de manera franca. En consecuencia, ignoramos la fase preclínica y con ello se pierde la posibilidad de promover la salud y prevenir la enfermedad. Solo se atiende la causa inmediata y luego regresamos a las personas al ambiente que las enfermó.

La salud actual solo considera colateralmente los retos ambientales presentes en la vida cotidiana. Un punto de vista vanguardista fue expresado tempranamente por el médico francés Phillip Pinel (1745-1826), quien ganó el concurso de la Sociedad Médica del año 1783 para reformar la formación de médicos. En su escrito se queja de la rigidez: “Los jóvenes médicos se restringen a sí mismos a unas cuantas fórmulas y transcurren el resto de sus vidas en el estrecho círculo de la rutina ciega peor, quizás, que la completa ignorancia”. Postula la necesidad de romper con esta rutinización e impulsa la buena formación que demanda migrar de los hospitales generales hacia un hospital escuela dedicado específicamente a la investigación mediante la observación y el método de las ciencias naturales. Postuló que la enfermedad era producto de la interacción de los pacientes con el medio ambiente, por lo cual había que medir las variables ambientales como la temperatura, humedad, presión y la composición del aire para verificar la influencia de los factores atmosféricos sobre la enfermedad (Pinel, 1995); este modelo rompe con la linealidad porque visualiza la interacción de los seres humanos con el entorno. Este punto de vista no prosperó porque el liberalismo, que emergió con la ilustración, inventó al individuo aislado como la unidad social que dependía de su propia voluntad y de sus decisiones personales por ser autónomo y libre; esta visión alcanzó un mayor desarrollo en los Estados Unidos de América (Urbinati, 2015). Así, el sujeto de la medicina se convirtió en el individuo aislado, fortaleciendo la visión lineal. Mas el ideal de la causalidad newtoniana se alcanzó con la microbiología (Álvarez-Martínez & Pérez-Campos, 2004); aquí las causas siempre venían del exterior y alteraban nuestra fisiología, no obstante, había casos en los cuales las personas presentaban inmunidad natural y pese a ser expuestos al agente infeccioso no enfermaban. La microbiología también permitió entender cómo se propagaban las infecciones y la relevancia de la higiene.

Con el advenimiento de la Segunda Revolución Industrial, basada en el motor eléctrico y la línea de montaje, que mueve las piezas a una velocidad preestablecida para que los trabajadores, ubicados en posiciones de trabajo fijas, realicen las operaciones de ensamblado mediante rutinas, surge el sistema fordiano como

base de la fábrica moderna. La banda transportadora termina por imponer el ritmo de trabajo a los individuos, quienes se convierten en apéndices de las máquinas, grandes multitudes de individuos ensamblan objetos a un ritmo preestablecido determinado por este sistema maquina. Las tareas a realizar son simples y repetitivas, por lo que grandes multitudes con baja preparación se incorporan al trabajo y la fábrica rutinaria permite tornarlos en productivos, siendo fácil reemplazarlos porque adquieren las habilidades necesarias en unos cuantos días de capacitación. Nótese que se trata de un sistema *tecnocéntrico*, en el cual los seres humanos actúan como auxiliares periféricos de las máquinas, y que las máquinas son el elemento central y organizador de la vida social, los dueños de las máquinas son los dueños de lo producido. Debemos entenderlo como un sistema de amplificación social, en el cual un pequeño número de administradores e ingenieros diseñan y deciden lo que se va a producir, cómo se produce y en qué cantidad, para luego bosquejar los atributos de la banda transportadora y las máquinas que se ubicarán en su derredor y el tipo de operaciones que realizarán cada uno de los operarios ubicados en una determinada posición de trabajo, y grandes multitudes se dedican a seguir los instructivos de ensamblado y replican el producto al ritmo y con los atributos preestablecidos, mediante un sistema rígido, inflexible y tecnocéntrico, en el cual toda variación debe ser eliminada o reducida porque se considera fuente de error que impide mantener los límites de tolerancia preestablecidos.

La salud se dirigió a mantener la funcionalidad económica de este tipo de trabajadores manuales rutinarios con inversiones limitadas, empero, como este sistema privilegia el trabajo físico, se desprecia la salud mental. Los recursos económicos son focalizados en atender solo la parte rota y se tiende a ignorar al paciente en su conjunto y deliberadamente se ignoran las causas de las causas. Los métodos de trabajo de las fábricas de automóviles y la denominada “administración científica” también fueron transferidos al sistema de salud, de hecho, los primeros hospitales escuela norteamericanos fueron diseñados por los mismos arquitectos que habían diseñado las plantas automotrices (Ahuja, 2012). El sistema de salud se desarrolló copiando la organización industrial calcada de la industria automotriz. En ella también los médicos tienden a

ocupar posiciones fijas en los consultorios y los pacientes circulan por los diversos servicios, se controlan tiempos y movimientos, incluso se ha aplicado la filosofía de gestión denominada “*just in time*” para eliminar los pasos que no “añaden valor” (Winch & Henderson, 2009). Es más, la informática se ha usado para controlar al personal de salud e imponer el tecnocentrismo, registrando tiempos y movimientos promedio, acortando la duración del tiempo de consulta, incrementando la carga de trabajo, y controlar el costo de las prescripciones, reduciendo la autonomía y la capacidad de autorregulación del personal de salud (Willis, 2014).

Los métodos fabriles ponen el centro en la estandarización de las piezas producidas que deben mantener límites de tolerancia estrictos y, por lo tanto, se empeñan en reducir o eliminar las variaciones, una buena fábrica genera productos invariantes. Debemos destacar que, paradójicamente, en la producción industrial las variaciones son consideradas fuente de error. Por el contrario, en los seres vivos las variaciones son la base de la evolución y de nuestra capacidad de adaptarnos al entorno. La variación en los seres humanos abarca la diversidad biológica, psicológica y social, ignorar esta diversidad y procesar a los pacientes como si fuesen piezas estandarizadas equivale a negar la esencia de la vida misma. Estandarizar la atención de la salud y tratar igual a quienes son diferentes y poseen una diversidad biopsicosocial rigidiza la atención e impide que esta se adapte a los pacientes, se dan tratamientos para pacientes como este, pero no para este paciente específico (Montori, 2020). Además, la atención basada en rutinas desgasta al propio personal de salud. El médico debe prestar más atención a llenar la historia clínica electrónica y a completar documentos, que al paciente mismo. El personal médico y de salud queda reducido a la condición de operarios que deben aplicar rutinas y protocolos fijos, y culmina con el predominio de la administración sobre el conocimiento médico, de tal forma que las directrices administrativas entran en conflicto directo con la misión misma del sistema de salud, que se deshumaniza y cuyo actuar se reduce a aplicar algoritmos, protocolos, guías y rutinas acartonadas, por lo que este tipo de salud es claramente lineal, *tecnocéntrica* y mecanizada. Esta medicina de corte fabril ignora la diversidad biológica y evolutiva, la diversidad psicológica y la

diversidad cultural, e ignora que vivimos en una interacción constante con el ambiente que los humanos hemos creado para bien o para mal, y que todo conocimiento es contextual. El problema se empeora por la denominada explosión del conocimiento, donde el nuevo saber reta al conocimiento anterior de manera continua, porque constantemente surgen datos que matizan o contradicen al conocimiento previo. El cambio acelerado impide fijar el conocimiento para transformarlo en un “conocimiento duro” y estable expresado en instructivos para los operarios médicos, y cuando se intenta hacer esto se impone una dureza que ya no existe y se perjudica a los pacientes. El saber ya adquirió un carácter fluido y se encuentra en constante movimiento, por lo que debe ser construido, deconstruido y reconstruido continuamente y siempre deberá ser contrastado contra resultados. Frente a todo este dinamismo, el eje de la sociedad moderna, paradójicamente, se encuentra en el modelo de las máquinas, entendidas como mecanismos unidos a una fuente de energía que permiten lograr un propósito estable determinado de antemano y más o menos invariante en el tiempo. En este modelo social las máquinas son servidas por grandes masas humanas a las cuales les ha sido arrancada su variabilidad para asimilarlas a la máquina y a las rutinas que les son impuestas, y solo una minoría dirigente conserva la capacidad humana de pensar por sí mismos y poseer autodirectividad. La principal contradicción se produce entre la rigidez de las máquinas y la variabilidad biológica e intelectual de las personas que es brutalmente ajustada a la invariancia maquinal, frente a esta distorsión la vida resulta inexplicable, el modelo social mecanicista se impone a la vida misma y en ello se encuentra la base de la gran crisis ecológica que se produce por la acción de las máquinas y de las corporaciones que maquinalmente producen dinero, generando ganancias contables y crisis globales, sociales y ambientales.

La denominada medicina científica

A la par del surgimiento de la Primera Revolución Industrial, impulsada por la máquina de vapor, se consolida el concepto de

ciencia cartesiana apoyada en el determinismo mecánico, construida sobre la base del principio de causalidad, tomado de la mecánica clásica, el cual se define por tres atributos: 1. Precedencia temporal: La causa siempre precede al efecto; 2. Covariación: La magnitud del efecto está determinada por la magnitud de la causa y se expresa como una función matemática directa o inversa; y 3. Aislamiento: Que no exista otra causa que pueda explicar el efecto. Para determinar la causalidad, el sistema en estudio debe reducirse a su mínima expresión y se busca trabajar con un reducido número de variables, idealmente solo dos, una independiente o causa y una dependiente o efecto, en esa condición se manipula la variable independiente para identificar el efecto sobre la variable dependiente, para aproximarse a esa condición se trabaja con sistemas artificialmente simples, y cuando existen variables adicionales, que pudiesen convertirse en factores de confusión, se controlan bajo diseño, manteniéndolas estables, eliminándolas o generando dos grupos, uno experimental y otro de control, con asignación aleatoria a uno de los dos grupos. En la práctica, las largas cadenas multicausales se reducen a los dos últimos eslabones, por lo que Basarab Nicolescu señala que siempre se puede encontrar una causa tan cercana al efecto que tenga un comportamiento lineal y predecible, a la cual califica como una causa “local” o inmediata, de esta forma se dejan de lado las causas de las causas (Nicolescu, 1996), asimismo, se ignoran los sistemas que se causan a sí mismos y presentan autoorganización. La atención de la salud se ha circunscrito a esa causalidad local. Así, se afirma que los niños con diarrea mueren por un desequilibrio hidroelectrolítico, lo cual es cierto, pero se ignoran las causas de las causas como la falta de agua potable o la desnutrición, en general se tiende a ignorar la causalidad generada por las condiciones sociales que determinan la enfermedad, de esta manera se elimina el entorno y las respuestas del sistema de salud se circunscriben solo al último eslabón de la cadena, y cuando culmina la atención se regresa a las personas al ambiente que las enfermó. Uno de los autores observó a principios de los 70 niños con edema generalizado por desnutrición proteica, conocido como kwashiorkor, que llegaban a un hospital pediátrico y eran turnados al servicio de “Rehabilitación Nutricional”, en dos meses superaban el problema

y se les regresaba al mismo ambiente que los había enfermado y, puntualmente, a los dos meses más regresaban nuevamente con kwashiorkor, y se repetía el círculo vicioso una y otra vez.

En este enfoque, la enfermedad aparece como una ruptura de la continuidad funcional del individuo, las intervenciones solo se dan bajo demanda de los pacientes cuando ven afectada su vida y aparecen síntomas y signos, y se evita actuar en la fase preclínica con la promoción de la salud y la prevención. El sistema de salud solo actúa sobre los individuos, y como solo actúa sobre las causas locales se tiende a actuar y a focalizar los recursos en una parte de la persona, con un enfoque centrado en los trastornos de la biología individual, a la cual se le da un manejo estándar que puede no corresponderse a las variaciones genómicas, psicológicas, culturales, sociales y ambientales de la persona específica. En consecuencia, la respuesta es *tardía, individual, biologicista, focalizada, estandarizada y rígida*. El sistema de salud no se adapta a los pacientes, sino que los pacientes deben adaptarse al sistema de salud.

Este pensamiento se expresó en el modelo de Abraham Flexner (Flexner, 1910) para la formación médica, el cual presupone que el origen del conocimiento proviene del manantial de la “medicina experimental” desarrollada en el “laboratorio”, la cual es la fuente de conocimiento verdaderamente creativo, y luego este conocimiento fluiría unidireccionalmente hacia la práctica clínica, de nivel inferior, porque solo lo aplica el saber experimental a los casos concretos, y la clínica por sí misma no generaría saber, en consecuencia, la práctica profesional es secundaria. De conformidad con esta ideología (entendida como falsa consciencia), en el *curriculum* primero se deben estudiar las ciencias básicas porque son el motor y la clínica se enseña después porque es dependiente y secundaria. De conformidad con este modelo obsoleto, la práctica clínica solo aplicaría una “racionalidad técnica” derivada de los experimentos, los cuales serían válidos de una vez y para siempre, y en cualquier lugar del espacio-tiempo. La práctica clínica se limitaría a identificar el problema —la parte rota—, para después proceder a aplicar una solución preestablecida y rutinaria. La enseñanza clínica se centra en aprender a realizar el diagnóstico a partir de los datos clínicos para luego dar el tratamiento estándar. Así se conforman “médicos operarios”, capaces de asociar cuadros

clínicos con diagnósticos, para poder aplicar tratamientos estandarizados fundados en la “ciencia experimental o de laboratorio”, En consecuencia, la ciencia básica se considera preeminente y debe ser enseñada primero porque es la base de toda la medicina. Los estudiantes deben ser capaces de utilizar la ciencia básica para identificar la parte rota y asimilar los nuevos tratamientos, basados en el “conocimiento duro” establecido en protocolos, guías, algoritmos, desarrollados por los comités encargados de “solidificar el saber”. De conformidad con el “modelo médico industrial”, todos los médicos deben saber lo mismo y tener un conocimiento estándar y sin variaciones, y el *currículum* se basa en temarios exhaustivos, es rígido, único y, de preferencia, global. Los exámenes para la certificación profesional deben garantizar este conocimiento estándar y ser supervisados o manejados por los países desarrollados que presuponen que su complejo biomédico industrial genera conocimiento universal y la práctica de la salud no debe considerar el contexto, se favorecen acreditaciones y exámenes de certificación de carácter global y de corte colonial y eurocéntrico. Pero la explosión del conocimiento y los factores contextuales producen la caducidad del saber y pese a estos intentos la competencia profesional no se puede garantizar de una vez y para siempre.

Ya hemos mencionado que el fundamento de este enfoque biologicista, reactivo y mecánico es: Todos los pacientes son iguales, se enferman de lo mismo y responden de la misma manera al tratamiento. Esta forma de pensar aún predomina en la mayoría de las facultades y escuelas de Medicina y adolece de tres fallas principales:

Los experimentos de laboratorio se realizan en entornos artificiales y simplificados, con un número limitado de variables, y además se eliminan bajo diseño, controlan o neutralizan otras variables que pudiesen actuar como factores de confusión y por lo tanto carecen de validez ecológica. Por otra parte, la práctica clínica no puede controlar las variables de los pacientes ubicados en los entornos de la vida cotidiana y se realiza en ambientes de alta complejidad, frecuentemente la clínica descubre que lo surgido del experimento no funciona en la práctica, y encuentra nuevas variables adicionales o nuevos fenómenos, no considerados

en la investigación original, que, sin embargo, tienen una importancia decisiva. En consecuencia, no se puede presuponer que el conocimiento fluye unidireccionalmente del laboratorio hacia la clínica, sino también de la clínica al laboratorio, a este proceso bidireccional se le ha denominado investigación traslacional. También las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se realizan en los entornos complejos de la vida cotidiana frecuentemente terminan por retar al conocimiento experimental aislado. En consecuencia, no se puede presuponer que el conocimiento fluye del laboratorio a la práctica y que el primero sea preeminente, asimismo, debemos reconocer que todo conocimiento es contextual y situado.

La diversidad biológica y la genómica han demostrado que cada paciente posee diferencias sutiles que, al ser retadas por los estímulos ambientales, pueden generar diversas respuestas metabólicas y bioquímicas. También habría que considerar que las diferencias, psicológicas y sociales se suman a esta diversidad y multiplican la variedad de posibles respuestas frente a esos estímulos ambientales, y es muy difícil pensar que todos los pacientes son iguales y que podemos conocer y controlar todos los problemas y los tratamientos posibles. Esto conduce al problema de la validez y transferencia del conocimiento proveniente de los experimentos; no podemos asegurar que el experimento libera al conocimiento del contexto y así adquiere valor universal. En realidad, es una relación causa-efecto que se ha hecho evidente en un contexto experimental específico y solo se puede transferir con seguridad a un contexto idéntico al del experimento original. Cuando se pretende transferir a otros contextos complejos alejados del experimento original en donde existen otras variables adicionales, estamos suponiendo que ese conocimiento es robusto y va a operar como anticipamos, independientemente de la violación de los principios utilizados para diseñar el experimento original. Sin embargo, no en todos los casos el conocimiento puede comportarse de manera robusta, o puede serlo en una población sí y en otra no, dependiendo del conglomerado de variables involucradas y de sus valores. La afirmación de que el conocimiento a través del experimento se libera de todo contexto y adquiere validez universal es una simple creencia que carece de sustento firme. Por regla

general, cada vez que transferimos el conocimiento debemos verificar que los resultados obtenidos en el caso y contexto específico son los esperados. En suma, el conocimiento médico proveniente de los experimentos no se puede transferir de manera automática a todo tipo de pacientes pensando que los procesos causales, diagnósticos y de tratamiento van a actuar de conformidad con los resultados experimentales promedio, sino que debe ser verificado caso por caso, y cuando corresponda modificar o ajustar el tratamiento, y también si las desviaciones fuesen frecuentes, deberá dar origen a nuevas investigaciones para buscar los factores no considerados que alteran los resultados.

El acelerado proceso de generación de nuevo conocimiento ha hecho que el conocimiento previo sea matizado y/o cuestionado por el conocimiento emergente, por lo que no alcanza a solidificarse por los comités encargados de realizar esta tarea para transformarlos en protocolos, guías y algoritmos, y cuando se realiza es más bien un ritual vinculado a las necesidades de mercadotecnia del complejo biomédico industrial, o de los administradores enfocados en el control de costos o en la necesidad de acelerar el trabajo sanitario. En la actualidad, los trabajadores de la salud deberían concebirse como navegantes en el conocimiento emergente y se demanda una formación científica mucho más profunda, porque deben analizar y revisar críticamente el conocimiento previo, integrarlo con otros conocimientos e imaginar modelos complejos para diseñar sus intervenciones y tener mayores posibilidades de éxito al transferirlo al contexto de la práctica, pero en todos los casos debemos someterlo a la prueba de la realidad concreta, que posee capacidades de autoorganización y frecuentemente se nos resiste. Por eso la salud debe realizar acciones altamente adaptativas, de conformidad con el flujo del saber, considerar los contextos en donde se producen los potenciales problemas de salud de las personas, familias y comunidades, además, no debemos confundir intenciones con logros, por lo que siempre hay que verificar resultados y evaluar la calidad de la atención, e inclusive investigar para ser crecientemente adaptativos al contexto de la realidad que se nos resiste y nos muestra la insuficiencia de nuestro saber.

Las formas tradicionales de pensar y la distorsión de los sistemas de salud

De conformidad con el enfoque tradicional creado en beneficio de la sociedad industrial y del complejo biomédico industrial, el denominado “*primary health care*” se desfiguró y se tradujo como “atención primaria de la salud”, al sustituir el cuidado por atención. Se eliminó el concepto de “cuidado”, que implica una continuidad, y se transformó en “atención”, que es esporádica; “*primary*”, que en inglés significa “primero en rango, importancia o valor” (Merriam-Webster, 2023) se tradujo por “primaria”, que puede interpretarse como primitiva o de bajo nivel. El enfoque biologicista enfocado solo en la integridad corporal hizo el resto y en lugar de entenderse como “sistema de cuidado prioritario de la salud (SCPS)” quedó como “atención primaria de la salud (APS)”, y la mayor parte de las veces se entendió como atención pobre para pobres o se confundió con el primer nivel de atención orientado a la atención de lo simple y común, y no al cuidado de las personas en los entornos de la vida cotidiana que son entornos de alta complejidad y demandan un uso intensivo del conocimiento y de la tecnología y también de la movilización organizada de personas, familias y comunidades. Sin duda, hubo una distorsión intencionada del concepto y la respuesta fue biologicista, mediante tecnologías adecuadas y campañas específicas promovidas por el complejo biomédico industrial y no como algo integral (Tejada de Rivero, 2003). En consecuencia, por congruencia sustituiremos el término APS por “sistema de cuidado prioritario de la salud (SCPS)”, es una estrategia que abarca los tres niveles de atención, poniendo el énfasis en cuidar la salud en los entornos de la vida cotidiana, en donde viven las personas, porque estos ambientes son los que las retan y enferman. La salud no es algo que se da a las personas, como una caja de medicamentos, sino algo que se construye de manera conjunta con las personas organizadas en familias y comunidades, mientras que los hospitales generales o de alta especialidad son elementos que intervienen cuando se presenta la enfermedad y los mecanismos de autorregulación fisiológicos fallan y se hace necesaria una intervención externa para regular procesos desde el exterior.

Aplicar la APS —sistema de cuidado prioritario de la salud (SCPS)— implica una cobertura universal, accesibilidad y calidad del cuidado de la salud de la población, independientemente del nivel socioeconómico, y requiere un abordaje científico de conformidad con el conocimiento más actual, incluyendo el abordaje de las ciencias de la complejidad y el uso de la tecnología (*tecné* + *logos*, técnica e inteligencia humana articuladas), más adelante volveremos sobre el punto.

El giro copernicano promovido por Archibald Garrod

Archibald Garrod fue el sucesor de William Osler en la Cátedra de Medicina en la Universidad de Oxford y generó un giro copernicano en el concepto de salud. Reconocido como el genetista que estudió las enfermedades metabólicas del recién nacido, sostuvo que existen diferencias genéticas sutiles, las cuales, al ser retadas por el entorno, generan una alteración metabólica que frecuentemente no nos mata de inmediato, sino que genera un metabolismo distorsionado que a la larga se manifiesta en daño orgánico (Garrod, 1923). El concepto más moderno de la salud la considera como la habilidad de adaptarse a los retos del entorno (The-Lancet, 2009), este concepto es contrario a la visión mecanicista de Osler centrada en la búsqueda de la parte rota y el intento de repararla. En cambio, al igual que Pinel, Garrod sí mira la relación de las personas con su medio ambiente; no obstante, esta visión era limitada a priorizar lo biológico, restringida a una visión ecológica, que para bien concibe a las personas como seres vivos inseparables de su medio ambiente, pero ignora los aspectos psicológicos y sociales. Más recientemente, Barton Childs establece que las premisas sobre las cuales se funda la salud moderna no resisten las aportaciones de la genómica: “Todos los pacientes son iguales, se enferman de lo mismo y responden de la misma manera al tratamiento”, afirmación insostenible porque la variabilidad biológica producto de la evolución en distintos ambientes nos hace diversos y respondemos de manera diferente a los retos ambientales. Podemos entonces presentar una diversidad de enfermedades, algu-

nas no descritas, porque hay una variedad de posibles repuestas a retos similares y solo conocemos las más frecuentes. Al ignorar las respuestas menos típicas no podremos evitar la enfermedad en la totalidad de los casos y un cierto porcentaje de salud reactiva será necesario. No obstante, también deberemos ser capaces de atender a los pacientes complejos en el seno de la comunidad y debemos intentar mantenerlos incorporados a las actividades de la vida cotidiana. Es necesario admitir que nuestra interacción con el entorno está mediada, en primer lugar, por nuestra biología, pero además también respondemos a los retos con nuestra psicología y nuestro conocimiento, y está matizada por aspectos socioculturales y por el entorno socialmente construido, y ello nos puede hacer más o menos propensos a manejar el estrés y otros retos, y a presentar el “síndrome de adaptación”, que tiene repercusiones metabólicas. El entorno social inmediato está constituido por la familia, que puede reducir o incrementar los riesgos. Por ejemplo, puede cuidar a un enfermo y al mismo tiempo sacrificar a una mujer para que lo cuide, puede existir una gran solidaridad o bien violencia intrafamiliar, o tener una distribución asimétrica de los recursos entre hombres y mujeres o entre adultos y niños, o dar prioridad al gasto en alcohol para sufragar la adicción del jefe de familia, o bien cooperar para substituir la carencia de seguridad social. Asimismo, tenemos que la familia se encuentra integrada a la sociedad, que media nuestras interacciones con el entorno; una comunidad bien organizada que cuida colectivamente de los niños, los ancianos y los enfermos, mediante la capacidad cooperativa y una organización solidaria, va a permitir la incorporación de las mujeres al estudio y al trabajo, mejorando los niveles de vida, y mujeres educadas y con recursos impulsarán el desarrollo de niñas y niños. Una comunidad puede sembrar colectivamente y mejorar la nutrición, o empeorarla, si considera que consumir comida chatarra es signo de estatus. También puede estar dominada y regida por pandillas y predominar la violencia. Mas una comunidad no solo debe ser capaz de autoorganizarse, plantear metas y realizarlas por sí misma para transformar su entorno, sino que debe reclamar sus derechos políticos y luchar por la equidad y la justicia con acciones contrahegemónicas. Este problema no es un problema de los más pobres, también se presenta en las clases

medias, e incluso en las clases altas en regímenes autocráticos. Es decir, no solo se trata de instrumentar acciones de transformación de los entornos en los cuales viven los menos favorecidos, sino de poseer el conocimiento y la organización para exigir lo que por derecho corresponde a todos los ciudadanos. Esto último resulta indispensable porque en los Estados autocráticos se desempodera primordialmente a los marginados, creándose un círculo vicioso que reproduce la exclusión social e impide salir de la pobreza.

Como la enfermedad se genera cuando se pierde la capacidad de adaptación al entorno y se producen inadaptaciones, resulta indispensable migrar al sistema de salud para ubicarlo en los ambientes de la vida cotidiana, a fin de identificar y estudiar los diferentes retos del entorno y observar las reacciones de personas, familias y comunidades para afrontarlos, debiendo abarcar los niveles biológico, psicológico, social, y ambiental o de la biósfera. Este enfoque de la salud se orienta a realizar intervenciones contextualizadas, apreciando que las personas, familias y comunidades contribuyen a crear el espacio en el que habitan y, a la vez, el espacio que habitan contribuye a crear un tipo de personas y poblaciones, por lo que se trata de una causalidad recíproca, que evoluciona históricamente (Breihl, 2010), o mejor aún, se pueden considerar también como ecosistemas creados socialmente que son determinados por la acción humana y social, y que a su vez determinan a las personas. Cuando existe una mala adaptación se puede actuar de dos maneras: a) mejorar la capacidad de adaptarse, y b) modificar el entorno para abatir los retos ambientales, y ello depende del conocimiento y las capacidades de la población, por lo que la participación comunitaria es indispensable, aunque las comunidades no son preexistentes, sino que se construyen y desarrollan, por cuanto construyen una capacidad de acción colectiva para crear espacios saludables.

La intervención temprana permitiría evitar o retrasar la presencia de enfermedad física o de las alteraciones de la salud mental, no obstante, la prácticamente infinita combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales en su interacción con los retos ambientales es altamente compleja; incluso pueden aparecer metas competidas, por ejemplo, una refinería mejora el empleo y las condiciones de vida pero simultáneamente incrementa la

contaminación ambiental, dando origen a la denominada super-complejidad, pues lo que se gana en un aspecto se pierde en otro, y el resultado de nuestras acciones solo puede preverse parcialmente, presentándose también incertidumbre y ambivalencia, por lo que se requerirá desarrollar la capacidad de realizar ajustes de las intervenciones en tiempo real, y basados en el conocimiento y su dinámica social, mediante acciones del equipo de salud articulado con la población y el empresariado.

El giro hacia una sociedad más humana y la necesidad de una nueva salud

El surgimiento de la automatización de procesos, la robótica, los sistemas de fabricación flexible, la impresión 3D y la inteligencia artificial está reemplazando crecientemente el trabajo rutinario y el trabajo cognitivo simple, incrementando la precarización del trabajo y la reducción de salarios, o generando desempleo; ello implica correr la frontera del trabajo humano hacia las actividades que no pueden desarrollar las máquinas, como imaginar, diseñar, investigar e innovar mediante el trabajo en equipos inter y transdisciplinarios, capaces de contender con problemas complejos. La nueva producción requiere incorporar a la educación superior a sectores que habitualmente no accedían a ella y esto conduce a poner en el centro a los seres humanos que crean y diseñan mientras las máquinas reproducen y ensamblan, lo cual implica transitar de una sociedad *tecnocéntrica* en donde la mayoría ejecuta rutinas y las máquinas son centrales, hacia una sociedad *humanocéntrica* en la cual los seres humanos ocupan el rol de creadores e innovadores y las máquinas están a su servicio para diseñar y replicar lo producido, lo cual constituye un giro copernicano en las relaciones sociales. En la sociedad tecnocéntrica los seres humanos ocupan un rol marginal como operarios y son fácilmente substituidos. Por el contrario, en la sociedad humanocéntrica los seres humanos son el centro de las actividades de creación, diseño e innovación. Las necesidades de salud cambian, todo ser humano es valioso, lo diverso nos enriquece, la variabilidad es apreciada

y valorada, la salud mental y social se vuelve indispensable, una salud con un enfoque primordialmente probabilístico, enfocada a mantener una población masiva de operarios y que acepta desahuciar a un porcentaje, ya no es funcional. Todos los seres humanos se tornan valiosos, la salud mental es central para la creatividad, la felicidad es indispensable para incrementar la producción de ideas novedosas, una salud basada en el enfoque probabilístico resulta insuficiente pues se busca reducir al máximo el porcentaje de muertos y desahuciados y realizar la promoción de la salud y la prevención, el envejecimiento saludable resulta indispensable para prolongar la vida social y creativa de los individuos, los enfoques tradicionales de la salud pública y de la epidemiología se vuelven obsoletos, ya no basta con operar con estadísticas gruesas, se requiere de estratificar poblaciones para dar respuestas certeras y adaptativas e incluso personalizadas. Ya no estará en el centro la función producción de la economía, en la cual los dos elementos centrales son capital (máquinas) y trabajo (operarios), y otros factores como materias primas, concebida como una función monótonica simple. En la nueva sociedad humanocéntrica regida por la automatización, los robots, la inteligencia artificial, el problema no es la replicación de los productos, sino la generación de ideas capaz de innovar y redefinir mejores productos y utilizar mejor los recursos. Aquí la producción no puede definirse como una función monótonica simple, sino como una función recursiva que se causa a sí misma mediante un círculo virtuoso.

Ello implica transitar desde una salud mecanicista y estandarizada que presupone que todos los pacientes son iguales, se enferman de lo mismo y responden de la misma manera al tratamiento, hacia una salud adaptativa que contempla las diferencias biológicas, psicológicas, sociales y ambientales. Este enfoque puede denominarse propiamente como “ecosocial”, porque incluye el ecosistema que está causado por los aspectos sociales de individuos, familias y comunidades, y a su vez determina a los individuos, familias y comunidades, es decir, existe una causalidad recíproca. El sistema de salud anglosajón ha pretendido incluir las preferencias de los individuos mediante la denominada “medicina centrada en el paciente”, y cuando buscan ser más sociales instrumentan la denominada “medicina familiar”, pero su enfoque es

centralmente biológico y es una forma de resistirse a una visión compleja de corte ecosocial, en la cual las personas, familias y comunidades asumen un rol protagónico y activo en la construcción de los entornos de vidas saludables, frente a ello se favorece la pasividad y se tiende a restringir las acciones a los individuos, si acaso se incorporan algunos aspectos de las familias.

La definición de salud establecida en la carta constitutiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene un enfoque amplio y más dinámico: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Esta definición establece diferentes niveles de organización: el biológico, el psicológico y el social, al cual habría que añadirle la parte ambiental y de preservación de la biósfera, que se ha hecho presente con la crisis ambiental y el calentamiento global.

La definición de atención primaria más reciente desarrollada por la OMS/UNICEF señala:

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 la gente 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 (OMS/UNICEF, 2018).

El nuevo enfoque de la salud basado en la APS considerado como sistema de cuidado prioritario de la salud (SCPS) no considera el cambio social de una sociedad tecnocéntrica a una sociedad humanocéntrica, implica responder a cuatro aspectos centrales:

Primero: El sistema de salud debe ubicarse ahí donde se producen las inadaptaciones a los desafíos ambientales que se producen en los entornos de la vida cotidiana y ello demanda un sistema de salud altamente adaptativo a una pluralidad de contextos y poblaciones, capaz de aprender del conocimiento emergente, integrarlo para construir modelos complejos de las posibles interacciones específicas que observa en su contexto, diseñar intervenciones e instrumentarlas, verificar resultados, y desarrollar investigación en el contexto de la práctica. Resulta

claro que el mayor nivel de complejidad se produce en los entornos de la vida cotidiana y en consecuencia hay que ubicar los mejores recursos humanos, investigativos, tecnológicos y materiales en esta parte del sistema de salud. La salud construida en los entornos de la vida cotidiana debe ser la “locomotora” de todo el sistema de salud y no, como hoy ocurre, una salud que tiene por centro el hospital con sus intervenciones tardías. No obstante, los hospitales serán necesarios como un sistema de apoyo cuando fallen las capacidades de promoción, prevención, y de contención y control de los problemas. Debemos remarcar que este proceso constituye también un giro copernicano.

Segundo: El sistema de salud actual procesa personas y da indicaciones a los enfermos con un enfoque fabril y paternalista que hace valer una asimetría de poder. En el nuevo modelo, la continua adaptación a los retos de salud solo puede lograrse mediante el conocimiento y la capacidad de transformar la realidad por las acciones de las personas, familias y comunidades para construir entornos para la vida saludable, implica tener una visión crítica y capacidades y colaboración para incidir en y transformar múltiples entornos como la familia, la escuela, el trabajo, el transporte, los centros comerciales, y los lugares de diversión; ello demanda que la totalidad de la población se conciba como creadores de espacios o ecosistemas saludables, que a su vez contribuyen a que las personas actúen de manera diferente, generando un círculo virtuoso en el cual las personas organizadas en comunidades construyen espacios saludables que contribuyen a reducir riesgos y favorecen nuevas conductas saludables. El eje de este concepto es: “Cuando transformo mi entorno, me transformo yo mismo”, ello implica que la población se concibe como agentes de cambio y promueve acciones coordinadas para el cuidado de la salud y muestra conocimiento y capacidad de autoorganización, o, para expresarlo más claramente, las personas, familias y comunidades son parte del sistema de salud y colaboran identificando retos, desarrollando conocimiento, construyendo espacios y evaluando resultados, en lo cual la

colectividad existe como un poder, que posee un efecto de contrapeso y asume una corresponsabilidad distribuida.

Cuando las personas guían sus acciones por ideas transformadoras construyen nuevos ambientes, y cuando construyen nuevos ambientes se transforman a sí mismas, generando un círculo virtuoso que las empodera. Vivimos en ambientes que facilitan u obstruyen nuestro desarrollo intelectual y social, y nos empoderan o nos restringen; una población que de manera solidaria crea nuevos entornos descubre sus capacidades humanas y dejan de ser seres meramente instrumentales para empezar a controlar su destino.

Tercero: La salud vista desde los entornos de la vida cotidiana tiene un altísimo nivel de complejidad, se produce con una multiplicidad de posibilidades genómicas, variaciones psicológicas, entes familiares diversos, comunidades con disímiles culturas, niveles educativos y tradiciones, y factores ambientales distintos, por su clima y la contaminación del agua y el aire, o el daño a la ecología, entre otros. Las posibles interacciones entre estos factores son prácticamente infinitas. Mas nuestras intervenciones demandan valorar *a priori* si una adaptación será óptima y no va a generar un metabolismo distorsionado, ni tampoco afectará la salud mental, o bien determinar cuándo resultará ineficaz y terminará por afectarnos. Esta capacidad depende del conocimiento previo, pero, desde luego, existirá más conocimiento sobre lo más común y repetido que sobre interacciones atípicas que se dan en un número muy reducido de sujetos, o incluso son desconocidas. Existe la posibilidad de que en un mismo sujeto puedan combinarse interacciones frecuentes, con interacciones atípicas. Debido a lo anterior, no podremos anticipar siempre resultados y modificar la interacción con todos los tipos de retos ambientales para lograr así una prevención absoluta y desterrar la enfermedad para siempre. En consecuencia, debemos estar también preparados para el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos en el seno de la comunidad, utilizar el concepto de hospital en casa, e incluso en casos extremos canalizar enfermos al hospital. Pero deberemos acumular información para investigar y mejorar continuamente la capacidad predictiva,

mejorar nuestras intervenciones y obtener apoyo de las acciones comunitarias.

Cuarto: Manejar los datos provenientes de las características genómicas y otras variables biológicas, psicológicas, sociales y ambientales para abatir las malas adaptaciones, no se podrá hacer sin los denominados sistemas ciberfísicos, que son sistemas informáticos que mapean la realidad mediante sensores, analizan la información y hacen uso de la inteligencia artificial, para tomar decisiones informadas e influir sobre esa realidad para transformarla. La medicina del futuro demanda el uso de la tecnología y el conocimiento avanzado. Debe utilizar microarreglos, biosensores, sensores vestibles, como los de los relojes electrónicos, que pueden medir variables fisiológicas o detectar el estrés, o sin el uso de celulares para identificar los espacios entre los cuales se mueven las personas, las distancias recorridas y el tipo de actividades que realizan. Esta información generaría un cúmulo de datos que no se podrán procesar y entender sin analítica de datos e inteligencia artificial, para así identificar las adaptaciones positivas o negativas, y monitorizar, por otra parte, los retos del entorno, y luego verificar la calidad de las respuestas y cómo se aplican o no las recomendaciones del sistema de salud.

Es indispensable substituir el concepto de “atención de la salud” por el de “cuidado de la salud” como un proceso complejo y continuo en el tiempo, para ello conviene recurrir a la definición de cuidado de Berenice Fisher y Joan C. Tronto:

En su sentido más general, el cuidado es una clase de actividad que incluye todo lo que hacemos para mantener, dar continuidad y reparar nuestro mundo de tal forma que podamos vivir en él tan bien como sea posible. Ese mundo incluye nuestros cuerpos, nosotros mismos y nuestro entorno, todo lo cual buscamos entretener en una red compleja sustentadora de la vida (Fisher & Tronto, 1990).

La definición establece con claridad que el cuidado implica: 1. una actividad continua de reparación de nuestro mundo o, mejor aún, la creación de espacios sociales crecientemente saludables; 2. que posibiliten vivir tan bien como sea posible utilizando el

conocimiento y optimizando recursos; 3. demanda un trabajo en redes humanas responsables de nuestros cuerpos, de la comunidad y del entorno. Todo esto implica un giro radical para crear ambientes que sustenten la vida humana, concebida como desarrollo continuado de las capacidades para el cuidado de nosotros y del ecosistema mismo.

Debemos destacar que se trata de un enfoque innovador y creativo en el cual desarrollamos la capacidad colectiva de transformar la realidad y empoderamos a la población con conocimiento y creamos espacios para la acción.

La nueva estrategia de APS —sistema de cuidado prioritario de la salud (CPS)— tiene por objetivo el *desarrollo humano* y empodera a las personas familias y comunidades, implica que la cobertura es universal, accesible y de calidad, acompaña de manera continuada a los individuos a lo largo de la vida, es integral porque abarca la salud física y mental, e incluye acciones comunitarias y ambientales. Articula la salud individual y de las familias y poblaciones, e implica intervenciones intersectoriales, y debe ser adaptativa y dinámica, por lo que puede ser definida como: *universal y de calidad, continua y accesible, integral, personalizada y social, adaptativa y participativa, contextualizada y dinámica*.

El concepto de centros modélicos de APS

Los centros comunitarios de APS del sistema de cuidado prioritario de la salud (CPS) ubicados en las poblaciones demandan un abordaje inter y transdisciplinar; en ese sentido, implican la participación de una gran cantidad de expertos. Desde luego, los profesionales de la salud —médicos, enfermeras, odontólogos, psicólogos, nutriólogos, fisioterapeutas, químicos clínicos, veterinarios y epidemiólogos— deben configurar equipos multiprofesionales y liderar el esfuerzo. Mas también demandan una visión ampliada y requieren de ingenieros biomédicos, de expertos en telecomunicaciones, en “*big data*”, analítica de datos, inteligencia artificial, genómica, salud mental, sociología, antropología, economía de la salud, matemática, ciencias de la complejidad, ciencias ambien-

tales; de educadores, agrónomos, ecólogos, entre muchos otros, porque prácticamente la salud se relaciona con todos los campos del saber humano. Por otra parte, los hospitales organizados en torno de aparatos y sistemas representan una visión restringida y reactiva y no pueden liderar el cambio, aunque pueden apoyar al personal de salud ubicado en la comunidad. Las universidades que cultivan múltiples campos del conocimiento están mucho mejor capacitadas para innovar a los sistemas de salud y construir nuevos abordajes. Los centros modélicos están orientados a explorar nuevas posibilidades de cuidado de la salud, adaptativas, basadas en la evolución del conocimiento, capaces de responder a los retos de manera contextualizada, e implican la movilización de las personas familias y comunidades. A tal fin deben visualizar críticamente los niveles de organización y apreciar las diferencias entre personas, familias y poblaciones, de la manera más fina posible, estratificando a la población, para abarcar desde el nivel genético, el organismo en su conjunto, los aspectos psicológicos y de salud mental, y las intervenciones sociales, visualizando las diferencias familiares hasta llegar a instrumentar acciones personalizadas, impulsando intervenciones costo-efectivas. Es indispensable empoderar a la población impulsando una amplia participación comunitaria en acciones para transformar los entornos de la vida cotidiana a favor de la salud, y que las poblaciones sean capaces de utilizar el conocimiento, transformar su realidad, exigir sus derechos y participar en su defensa y, al cambiar sus entornos, en los cuales viven, estudian y trabajan, se transforman a sí mismos y descubren su potencial creativo, solidario y humano.

Todo ello implica una curva de aprendizaje, tanto del personal de salud como de las poblaciones, así como configurar equipos capaces de una acción inter y transdisciplinar que rebasen las fronteras de sus propios campos disciplinares y trasciendan las clasificaciones rígidas y excluyentes, para visualizar la complejidad y su dinamismo. Un problema común en salud es confundir propósitos con logros, sobre todo porque tendemos a transferir la visión de la medicina mecanizada de corte industrial, que considera que todos los pacientes son iguales y responden de la misma manera al tratamiento; damos por cierto que toda vez que el paciente recibe el manejo estandarizado se obtendrán los resul-

tados previstos de manera automática. No obstante, en el nuevo enfoque, que reconoce la diversidad en los retos y respuestas, sabemos que los resultados no están garantizados de antemano y debemos verificar resultados y utilizar la informática, los sensores vestibles y la inteligencia artificial, para crear bases de datos que mejoren nuestra apreciación de las diferencias para postular intervenciones más eficaces. La propia población ha entendido el valor de la tecnología, e incluso comunidades de bajos recursos utilizan de manera regular los teléfonos celulares, que pueden ser utilizados favorablemente en este proceso. Este conocimiento debe servir para empoderar a la población a fin de que pueda construir espacios saludables que fomenten el desarrollo humano.

Los centros modélicos deben ser considerados polos de la medicina académica porque están enfocados en realizar investigación de alto nivel, desarrollan tecnología, crean nuevos métodos para abordar los retos de la salud, que estén plenamente articulados con los contextos de la vida cotidiana, movilizand o a la población para crear espacios saludables. Las necesidades de la contextualización deben abarcar desde los aspectos moleculares, hasta lo social y lo ambiental. En consecuencia, realizan investigación, formación y servicio alineados con una misión social clara. Debemos hacer notar que la población se incorpora a todas estas actividades, recibe formación, colabora con la investigación recopilando datos, y prueba métodos y tecnologías y, además, contribuye a crear ambientes y hábitos de vida saludables transformando su realidad.

Los centros modélicos deben movilizar a la población, desarrollando un sentido de comunidades empoderadas capaces de modificar sus entornos de vida, por ejemplo, podemos calificar técnicos para el cuidado de la salud que se hagan cargo de los ancianos o de los niños pequeños, introducir pequeñas plantas potabilizadoras del agua, mejorar el entorno y plantar árboles, favorecer la producción de vegetales, crear clubes deportivos y de activación física, promover cocinas populares que favorezcan la comida saludable, introducir lavanderías, promover la calificación para el empleo, brindar microcréditos y fundar empresas de orientación social. Todo ello debe empoderar a la comunidad, en especial a las mujeres, que pueden liberarse de muchas activi-

dades de la vida cotidiana, calificarse e incorporarse al mercado de trabajo, incrementando los ingresos familiares. Los jóvenes pueden también calificarse en carreras técnicas, certificando sus competencias. En especial, se debe contar con la capacidad de formar técnicos y profesionales de la salud provenientes de la propia población, porque tienen un mejor conocimiento de las comunidades y pueden apoyar el cambio hacia sistemas de salud adaptativos y contextualizados articulados con la población y sus capacidades, para impulsar el desarrollo humano. Estas acciones deben desarrollarse con el apoyo de las nuevas tecnologías educativas de carácter híbrido. En la medida en que los centros modélicos añaden valor a la comunidad, pueden disparar un círculo virtuoso y volverse autosustentables.

Los centros modélicos deben cubrir a la totalidad de la población ubicada en un barrio, una colonia o una comunidad rural, con el fin de mantener la continuidad de la atención y poder probar los nuevos abordajes de la salud, deben diseñarse para iniciarse de manera sencilla para luego escalar paulatinamente, involucrando a la comunidad en el desarrollo y construcción de nuevos espacios para la vida saludable. Nótese que se trata de un sistema circular en el cual las poblaciones construyen nuevos entornos que transforman a las personas, favoreciendo el desarrollo humano, y este permite visualizar nuevas formas de rediseñar la realidad, generando una espiral de desarrollo continuado.

El financiamiento inicial puede ser dado por fundaciones o por los gobiernos locales que son más sensibles a las necesidades de las poblaciones.

Conclusiones

Los dos principales servicios sociales son la educación y la salud y ambos deben cambiar totalmente para impulsar el cambio social derivado del desarrollo de las nuevas tecnologías de la producción automatizada, robotizada, sustentada en la informática y la inteligencia artificial que demanda poner a los seres humanos en el centro.

En la sociedad industrial fordista, la mayoría de las personas son apéndices de la línea de montaje que impone el ritmo de trabajo y desarrollan actividades rutinarias convertidas en seres instrumentales, las máquinas tienen preeminencia sobre la gran mayoría de los seres humanos, por eso la hemos calificado de tecnocéntrica.

Dado el cambio vertiginoso de la frontera del trabajo humano producido por la automatización, la informática, las telecomunicaciones, el Internet de las cosas y la inteligencia artificial, el trabajo rutinario y repetitivo, así como el trabajo cognitivo simple, están siendo reemplazados por máquinas, con el consiguiente desempleo e incremento de la competencia entre los trabajadores, con la consiguiente reducción de los salarios y prestaciones, que desemboca en la creciente precarización laboral. Aquí la nueva tecnología se sigue utilizando para controlar a las personas, reduciendo su independencia y degradando su trabajo y niveles de vida.

Existe otra posibilidad: impulsar que los sectores que realizan hoy trabajo manual se preparen para desarrollar aquellas actividades que no pueden hacer las máquinas: imaginar, crear innovar y mover la frontera del conocimiento; ello implica impulsar la educación superior, la automatización del trabajo inhumano, e impulsar una economía sustentable que cuida de todos. De esta forma, transitaríamos de una sociedad tecnocéntrica hacia una sociedad humanocéntrica, en la cual el desarrollo humano es el centro, y la inteligencia artificial y la tecnología apoyan a los seres humanos y no los reemplazan, sino que los potencian y empoderan. El hecho de que un número menor de personas puedan tener una altísima productividad, permitiría becar a la población menos desarrollada para impulsar su empoderamiento. Ello demanda de un nuevo tipo de salud que contemple la salud biológica, mental y social, y en la cual la población despliegue sus capacidades y redefina los espacios comunitarios para transformarse a sí misma.

Idéntico proceso ocurre en el campo de la salud que se ha organizado sobre la base del modelo industrial, y la informática se ha utilizado como medio de control, para acelerar la consulta, promover la aplicación de protocolos y guías rígidas, reducir prescripciones de alto costo, o eliminar trabajadores. Estas formas de trabajo se imponen desde la gerencia y son inhumanas para los

pacientes y para el propio personal de salud. Este sistema es claramente tecnocéntrico y la técnica se impone por encima de las personas, deshumanizando la atención a la salud.

Existe otra posibilidad: utilizar la tecnología informática, los *big data* y la inteligencia artificial (IA) para apoyar al personal de salud y a los pacientes, liberando tiempo, favoreciendo el contacto humano y dando un seguimiento puntual a cada persona, identificando las diferencias individuales, familiares y comunitarias para realizar un cuidado de la salud adaptativo.

Un punto crítico es el uso de la tecnología avanzada en salud para promover el cuidado y multiplicar la capacidad del cuidado de la salud, tanto por la comunidad como por el equipo de salud ubicado *in situ*. Según la OPS, para el año 2030 en América Latina se tendrá un déficit de dos millones de profesionales de salud (OPS/OMS, 2023). La única manera de generar un “sistema primordial de cuidado de la salud integral” es incorporando los denominados sistemas ciberfísicos, que son sistemas que enlazan el mundo físico con el mundo virtual para tomar decisiones asistidas por la informática, las telecomunicaciones y la IA, e incidir nuevamente en nuestro mundo físico. Estos sistemas, cuando se aplican a la salud, poseen sensores vestibles o a distancia que permiten monitorizar variables biológicas, psicológicas, sociales y ambientales para generar una acción de cuidado cooperativa con la comunidad, y posibilitan identificar los casos de mala adaptación y actuar sobre ellos, y cuando se requiera tratamiento médico se podrá monitorizar las respuestas de los pacientes, desarrollando un sistema de salud adaptativo y personalizado, impulsando un cambio desde un sistema de salud tecnocéntrico hacia un sistema humanocéntrico. Si empezamos a utilizar los teléfonos celulares y los relojes electrónicos para empezar a registrar variables en tiempo real y a utilizar la inteligencia artificial para identificar y dar seguimiento a los problemas de salud, ya estaríamos avanzando en la dirección correcta. El nuevo sistema de salud sería capaz de acompañar a las personas en su vida cotidiana, y dotaría a las comunidades de información sobre los efectos derivados de la carencia o construcción de entornos de vida saludables y del empoderamiento de la población.

Los riesgos derivados del pasado

En la primera mitad del siglo pasado se sostenía que el cuidado de los ciudadanos era parte de la vida democrática y el Estado debía asumir un compromiso que se realizaba mediante la educación pública, los servicios públicos de salud, la seguridad pública y la justicia. En los años 80, con el surgimiento del neoliberalismo, el Estado se consideró como una fuente de problemas, por lo cual debía ser reducido a su mínima expresión, y se limitaron drásticamente las inversiones públicas para los servicios sociales, deteriorando su calidad, y dejando a las familias a su suerte. Estos servicios se privatizaron, argumentando que el mercado regularía su calidad y amplitud. Ello dificultó el acceso por parte de los más pobres, que debían pagar educación privada, salud y seguridad privadas, lo que demandaba destinar los escasos recursos económicos familiares, ya de por sí difíciles de obtener por la precarización del trabajo y el deterioro de los salarios o el franco desempleo.

La población se segmentó en tres grupos: I. Los directivos y los técnicos altamente calificados, quienes poseen seguros privados; II. Los trabajadores que realizan actividades rutinarias incorporados a las empresas o al Estado que reciben una atención financiada por los organismos de seguridad social, dedicados a mantener la producción con bajas inversiones, y a quienes, en caso de una enfermedad grave y costosa, se les da de alta “por máximo beneficio”, eufemismo para desahuciar al paciente y enviarlo a morir a su casa sin cuidados paliativos, en virtud de que por tratarse de mano de obra no calificada puede ser reemplazada con relativa facilidad; no obstante, la precarización del trabajo y los recortes al presupuesto de salud han mermado la calidad de los servicios que reciben los trabajadores y ha incrementado los gastos de bolsillo en salud, pese a que cuentan con acceso a la seguridad social; y III. Invertir en la salud de desempleados y subempleados es considerado un gasto improductivo, pero no se les puede abandonar en la miseria y perder el control de esta masa popular, porque generaría inestabilidad política; mas no se les puede aplicar una medicina “científica”, en consecuencia, se recurrió a las tecnologías adecuadas de bajo costo, explotando la falta de educación y las creencias de estas poblaciones, para ofrecerles lo que ya tenían

pero presentado como un servicio brindado por el Estado, basado en incorporar al servicio a chamanes, estudiantes de medicina con bajísimos o nulos salarios, hacer que la población construyera casas de salud, ponerlos a sembrar y utilizar plantas medicinales, apelando a la sabiduría ancestral, sin demostrar que realmente funcionan de manera aceptable. Se buscó utilizar los recursos de los pobres para atender a los pobres, pero presentando lo que ya tenían como un servicio público. Este enfoque, que no busca el desarrollo humano y romper el círculo de la pobreza para crear nuevas capacidades, sino tranquilizar a la población y ejercer el control social, predominó, de manera inconsciente, en la medicina comunitaria de los años 70 y 80, por ello, el epidemiólogo crítico Jaime Breilh se pregunta si se trata de una nueva versión de la policía médica del siglo XIX, cuyo objetivo era disciplinar a la población (Breilh, 2021), y también ha sido calificada como un “Apartheid médico” (Gómez & Frenk, 2023), opuesto a la cobertura universal con calidad y acceso equivalentes para toda la población.

El propio Jaime Breilh (2021) critica el concepto de “comunidad”, la cual probablemente existe en los pueblos originarios que poseen una visión colectivista, tienen sus propias autoridades, una cultura distintiva y una lengua propia, pero que generalmente se encuentran marginados y empobrecidos y se ven obligados a vivir en una actitud de permanente resistencia. Por otra parte, en ellos persisten resabios colonialistas, como la religión oficial, la marginación de las mujeres, el patriarcado y el predominio absoluto de la comunidad sobre los individuos, todas estas situaciones incompatibles con una buena salud, por lo que debe reconstruirse el concepto de comunidad en ellos para lograr una buena salud. Por otra parte, en los barrios urbanos existe también mucha pobreza y marginación, pero hay una mayor diversidad y, para bien o para mal, la comunidad no existe *per se*, sino que debe construirse, para que sea capaz de generar espacios para su propio desarrollo humano y de salud, y que puedan defender sus derechos políticos y sociales. Si no logramos que los hijos de estas poblaciones marginadas se eduquen y dominen el conocimiento avanzado y se orienten a las actividades de creación, desarrollo e innovación, serán reemplazados por los robots y la IA y serán desempleados, precarizados y lumpenizados.

Frente al desprestigio de la medicina comunitaria del pasado, calificada de medicina descalza y empobrecida, o francamente de “policía médica”, hoy se pretende reemplazarla por una denominada “atención primaria de la salud” *sui generis*, que se aprovecha de la confusión de conceptos, para denominar así a una atención con recursos muy restringidos, de baja calidad, con accesibilidad reducida, encuadrada en el denominado “Apartheid médico” que no da acceso pleno a la salud y está desvinculado del desarrollo humano, y que busca utilizar la mano de obra gratuita de los estudiantes con el argumento que se les está “formando”, pero que en realidad constituye un artilugio para precarizar a los trabajadores de la salud y transferir costos a las familias de los propios estudiantes. En consecuencia, se requiere de un debate profundo del concepto de “atención primaria de la salud” para evitar que se convierta otra vez en una atención pobre para pobres y en un instrumento de control social que no rompa con el círculo vicioso de la pobreza y la falta de desarrollo humano, ni es congruente con los objetivos del desarrollo sostenible. En consecuencia, es preciso conceptualizar y desarrollar los centros modélicos que construyan una nueva visión de la salud entre los profesionales sanitarios y la población.

En el nuevo modelo de salud para el desarrollo humano, la pobreza es vista como una falta de libertad para funcionar socialmente. El objetivo del desarrollo es incrementar lo que las personas son capaces de hacer y ser, en donde el crecimiento económico es solo un medio, y el objetivo es que las personas sean los agentes de sus propias vidas y propósitos; para ello deben tener satisfechas sus necesidades básicas, como salud, educación y empleo, de tal forma que puedan poseer los recursos y conocimientos que les permitan funcionar como ciudadanos de su época y que puedan colaborar entre sí para lograr sus propias metas (Alkire & Deneulin, 2006). Cuando no había penicilina, nadie carecía de penicilina. En la medida en que los seres humanos vivimos en un ambiente construido por los propios seres humanos, cuando surgen avances que demuestran ser benéficos para todos, los grupos humanos que carecen de ellos quedan empobrecidos y restringidos, mientras que quien sí los posee adquiere mayor grado de libertad sobre la necesidad natural. Así, por ejemplo, una persona que, en el

momento actual, carezca de los conocimientos avanzados, y no maneje la informática y no pueda mejorar continuamente su interpretación del mundo y establecer sus propios propósitos y generar acciones sinérgicas con otros, para transformar ese mundo que le rodea y hacerlo cada día más vivible, será una persona dependiente y empobrecida. Mas, como la frontera del conocimiento y los recursos científico-técnicos se mueven día a día, si los ciudadanos no pueden seguir el ritmo de los cambios se empobrecen y pierden libertad, de esta forma la pobreza y la libertad se construyen y reconstruyen todos los días. Así, por ejemplo, con el arribo de la inteligencia artificial, quien no la maneje o no pueda aprender a utilizarla se verá súbitamente empobrecido, y quien la maneje podrá interpretar y entenderá mejor el mundo y tendrá más grados de libertad para influirlo, por ello podemos afirmar, con Joan Tronto, que el mundo debe ser reconstruido todos los días y debemos hacerlo en democracia para dejar de ser individuos meramente instrumentales dirigidos desde fuera e incapaces de autodirigirse, autoorganizarse y colaborar con otros para transformar su condición.

Debemos abandonar el concepto de los seres humanos como máquinas, en los cuales la salud se restringe a buscar la parte rota e intentar repararla, lo cual restringe la salud a las causas inmediatas y directas e ignora las causas de las causas; la afirmación implícita del modelo de salud dominante: “todos los pacientes son iguales, se enferman de lo mismo y responden de la misma manera al tratamiento” es insostenible a la luz de la genómica y del avance actual de la psicología y los determinantes sociales de la salud. El sistema de salud ya no puede organizarse con base en un enfoque mecanicista de corte industrial en donde el personal de salud identifica problemas y aplica mecánicamente soluciones estandarizadas preestablecidas, porque sabemos que no todos los pacientes se enferman de la misma manera y no responderán de la misma forma al tratamiento. El concepto más actual de la salud la plantea como la habilidad de adaptarse a los retos ambientales; frente a ellos, las personas, familias y comunidades pueden responder de manera óptima o inadecuada, frecuentemente las respuestas inadecuadas no producen la muerte, pero generan un metabolismo distorsionado que con el paso del tiempo genera daño orgánico.

Estos retos ambientales pueden ser de carácter biológico, psicológico o social, y representan una ventana de oportunidad para la prevención y promoción de la salud. Los retos se pueden afrontar de dos maneras: mejorando la respuesta o reduciendo los retos, o una combinación de ambas. Para ver cómo las personas familias y comunidades responden a estos retos, la parte central del sistema de salud debe ubicarse en los entornos de la vida cotidiana. En ellos no controlamos las variables, como en los experimentos, y son entornos de alta complejidad que solo entenderemos mediante el uso de sistemas ciberfísicos y sensores para identificar los retos ambientales y las respuestas de las personas familias y comunidades a fin de mejorarlas, ello implica la participación de todos para construir espacios saludables. Este nuevo abordaje de salud deberá ser adaptativo a los diferentes contextos y circunstancias y ser capaz de responder en tiempo real. Sin embargo, no lograremos desterrar la enfermedad y requeriremos de la sinergia de todos los niveles del sistema de salud y de la comunidad. La nueva salud implica una acción inter y transdisciplinar con todos los campos del conocimiento humano, en consecuencia, no surgirá de los hospitales, que están organizados por aparatos y sistemas y tienen una visión restringida, sino de las universidades, que tienen expertos en múltiples campos del conocimiento. La nueva salud debe ser congruente con la llamada “atención primaria de la salud (APS)”, que fue mal traducida y no puede confundirse con un nivel del sistema de salud, ni con una salud pobre para pobres, sino que debe entenderse como una estrategia para crear un “sistema prioritario para el cuidado de la salud”, en donde el centro se halla en el cuidado de las personas en los entornos de la vida cotidiana y no solo en la atención de las enfermedades, para enfocarnos en construir ambientes saludables. El cuidado debe entenderse como una acción continuada y permanente para construir y reconstruir el mundo que nos rodea a fin de tener la mejor vida posible. No obstante, la APS —sistema de cuidado prioritario de la salud (CPS)— se pretende deformar nuevamente para convertirla en acciones restringidas y muy limitadas que no empoderan a las personas, familias y comunidades, y que pueden constituir un retorno de la “policía médica” del siglo XIX, cuyo objetivo central no es la salud y el desarrollo humano, sino el control social. Se requiere un

amplio debate al respecto y las universidades requerimos de ser espacios para desarrollar ideas o conceptos para preparar egresados capaces de realizar una práctica profesional para el siglo XXI, a tal fin los centros modélicos de la medicina académica deben ser capaces de articular investigación-docencia-servicio con una alta misión social y estar ubicados en la frontera del conocimiento.

Bibliografía

- Ahuja, N. K. (2012). Fordism in the Hospital: Albert Kahn and the Design of Old Main, 1917-25. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 67(3), 398-427.
- Alkire, S., & Deneulin, S. (2006). The Human Development and Capability Approach. En S. Deneulin, & L. Shahani, *An Introduction to the Human Development and Capability Approach: Freedom and Agency* (pp. 22-48). Londres: Earthscan.
- Álvarez-Martínez, H., & Pérez-Campos, E. (2004). La causalidad en medicina. *Gaceta Médica de México*, 140(4), 467-472.
- Breihl, J. (enero - abril de 2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, 6(1), 83-101.
- (2021). La medicina comunitaria, ¿una nueva policía médica?. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 22(84), 57-81. Recuperado el 25 de diciembre de 2023, de <https://doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.1976.84.80099>
- Fisher, B., & Tronto, J. (1990). Toward a Feminist Theory of Caring. En E. K. Abel, & M. Nelson, *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives* (pp. 35-62). Albany: SUNY Press.
- Flexner, A. (1910). *Medical Education in the United States and Canada: A Report for the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin Number 4*. Nueva York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Garrod, A. (1923). *Inborn Errors of Metabolism* (2.ª ed.). Londres: Henry Frowde and Hodder & Stoughton.
- Gómez, O., & Frenk, J. (6 de febrero de 2023). Apartheid médico. *Periódico Reforma*, p. 12.
- González Hernández, A., Domínguez Rodríguez, M. V., Fabre Pi, O., & Cubero, A. (2010). La influencia de Descartes en el desarrollo del método anatomoclínico. *Nourològia*, 25(6), 374-377. Obtenido de <https://pdf>.

- sciencedirectassets.com/280280/1-s2.0-S0213485310X00044/1-s2.0-S0213485310000332/dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2009.12.011
- La Mettrie, J. d. (1961). *El Hombre Máquina*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Merriam-Webster, D. (23 de diciembre de 2023). *Merriam-Webster Dictionary*.
Obtenido de <https://www.merriam-webster.com/dictionary/primary>
- Nicolescu, B. (1996). *La transdisciplinariedad: Manifiesto*. Hermosillo: Multiversidad Mundo Real Edgard Morin A. C.
- OMS/UNICEF (2018). *A Vision for Primary Health Care in the 21st Century: Towards universal health coverage and the sustainable development goals*. Ginebra: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF).
- OPS/OMS (2023). 60.º Consejo Directivo y 75.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. *Política sobre el personal de salud 2030: Fortalecimiento de los Recursos Humanos para la Salud a fin de lograr sistemas de salud resilientes*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2014). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En O. M. Salud, *Documentos Básicos* (48.ª ed., p. 1). Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado el 18 de octubre de 2023, de <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>
- Pinel, P. (1995). The Clinical Training of Doctors. En D. Rothman, S. Marcus, & S. Kiceluk, *Medicine and Western Civilization*. New Brunswick-New Jersey: Rutgers University Press.
- Tejada de Rivero, D. (2003). Alma-Ata: 25 años después (O. P. Salud, Ed.). *Perspectivas de la Salud*, 8(1), S/d. Recuperado el 13 de julio de 2023, de https://www3.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_4.htm
- The-Lancet (2009). What is health? The ability to adapt (editorial). *The Lancet*, 373(9666), 781. Obtenido de [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)60456-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)60456-6)
- Urbinati, N. (2015). *The Tyranny of the Moderns* (M. Thom, Trad.). New Haven y Londres: Yale University Press.
- Willis, E. (2014). Computerised hospital work: Fordism and Faylorism revisited. *Annual Review of Health Social Science*, 10(1), 31-41. DOI: <https://doi.org/10.5172/hesr.2000.10.1.31>
- Winch, S., & Henderson, A. (2009). Making cars and making health care: a critical review. *The Medical Journal of Australia*, Vol. 191(1), 28-29. DOI: <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02670.x>

Capítulo 2

La atención primaria en los sistemas

de salud. Un análisis histórico desde las políticas de salud

José Luis Vázquez Castellanos¹
René Cristóbal Crocker Sagastume²

Resumen

La atención primaria de salud (APS) se ha considerado como la estrategia más adecuada para proporcionar sistemas de salud equitativos y de calidad que garanticen la atención directa a las personas. La Declaración de Alma-Ata de 1978 destacó los elementos esenciales de la APS desde entonces, el concepto de APS ha tenido una gran influencia para la organización de los servicios de salud primarios o básicos, sobre todo en muchos de los países que se consideran con menor desarrollo económico y social. Resulta importante, por tanto, conocer los orígenes de esta propuesta, sus antecedentes teóricos, sus precursores y promotores, así como el contexto sociopolítico en el que surge. Se expone el debate posterior entre una APS integral y una APS selectiva. Se da cuenta de la evolución del modelo hacia una APS renovada y una

-
1. Médico epidemiólogo, doctor en Ciencias de la Salud, profesor investigador titular, Instituto Regional de Investigación Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Correo electrónico: luisvazmx@yahoo.com.mx. ORCID: 0000-0002-7874-9746.
 2. Médico pediatra y doctor en Investigación Educativa Aplicada, profesor investigador titular, Instituto Regional de Investigación Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores de CONAHCYT, México. Coordina la Sección de Innovación de Sistemas de Atención de la Salud del Cuerpo Académico de la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina (AMFEM). ORCID: 0000-0001-9425-2126.

APS integral e integrada en redes de servicios de salud. También se examinan los problemas y limitaciones que se han presentado para la implementación de la APS, así como los diferentes modelos de atención primaria que se han tratado de establecer en México. Por último, se exponen algunas conclusiones y recomendaciones derivadas de este análisis.

Palabras clave: atención primaria de salud; Declaración de Alma-Ata; modelos de atención primaria.

Introducción

La atención primaria de salud (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 la gente 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 (OMS/UNICEF, 2003).

La APS por mucho tiempo se ha considerado como la estrategia más adecuada para proporcionar sistemas de salud equitativos y de calidad que garanticen la atención directa a las personas, las familias, así como a las comunidades, para que puedan tener servicios integrales que consideren los determinantes sociales de la salud y favorezcan una vida sana, productiva y con dignidad para alcanzar el derecho a la salud (OMS, 2018).

La Declaración de Alma-Ata de 1978 destacó como elementos esenciales de la APS el suministro de alimentos y nutrición adecuada, el agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno-infantil, la planificación familiar, las inmunizaciones, la prevención, la lucha contra las enfermedades endémicas locales, el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes, entre otros. Se ha demostrado a escala mundial que las inversiones en APS mejoran la equidad y el acceso y el desempeño de la atención

de salud, lo que repercute en una mejora de los indicadores sanitarios. Si bien se sabe que unas amplias gamas de factores más allá de los servicios de salud tienen un rol fundamental en la configuración de la salud y el bienestar, por ejemplo, la protección social, los sistemas alimentarios, la educación y los factores ambientales. La APS se ha considerado como un elemento clave para el desarrollo y bienestar de la población, considerándose básica para cumplir con las funciones esenciales de la salud pública y los objetivos para el desarrollo del milenio. (OPS, 2018; Torres-Lagunas, 2018).

El concepto de atención primaria de salud ha tenido una gran influencia para la organización de los servicios de salud primarios o básicos, sobre todo en muchos de los países que se consideran con menor desarrollo económico y social. Resulta importante, por lo tanto, conocer los orígenes de esta propuesta, los antecedentes teóricos, así como el contexto sociopolítico en el que surge. También resulta de interés conocer la evolución y desarrollo que ha tenido el contexto y el debate acerca de su alcance e implementación que se ha dado a lo largo de estos más de 40 años de que emergió de manera oficial en la reunión de Alma-Ata en el año 1978. Además, es importante conocer cuál ha sido la evolución de esta propuesta en México y los modelos que han precedido y que se ha intentado aplicar en el país.

El nacimiento de la atención primaria de salud (APS)

En las primeras décadas del siglo XX, la mayoría de los países trataron de adoptar un modelo médico más moderno dados los avances en las ciencias biológicas, las ciencias básicas y los avances técnicos en la práctica médica. La modernización de la práctica médica en América se vio altamente influida por el informe Flexner de 1910, donde se proponía la mayor tecnificación y especialización de la medicina y de los hospitales. Este modelo dejó de lado los aspectos como medicina preventiva y promoción de la salud, excepto por acciones del Estado en forma de campañas sanitarias o lo que se le ha llamado la época del sanitarismo (Flexner, 1910). En este contexto, con un panorama sanitario de enfermedades infec-

ciosas endemo-epidémicas, con altas tasas de mortalidad general, pero sobre todo infantil, y con una esperanza de vida reducida, la mayoría de la población tenía muy poco acceso a los servicios de salud proporcionados por el Estado, si bien en ese tiempo todavía operaba como alternativa la Beneficencia Pública.

Posterior a la Segunda Guerra Mundial, la mayoría de los países entraron a un proceso de mayor industrialización, pero con grandes diferencias entre los países del llamado tercer mundo o más empobrecidos, también llamados eufemísticamente “en vías de desarrollo”. Aunado a lo anterior se dan los procesos de descolonización en África y los movimientos populares antiimperialistas y de izquierda como, por ejemplo, la guerra de Vietnam y la Revolución cubana, que cuestionan el modelo de desarrollo capitalista y hegemónico y buscan modelos alternativos de atención a la salud. En esta etapa, el modelo para todos los países era el médico-biológico, donde el hospital es la base y el centro del sistema para la dotación de los servicios de salud, acompañado de acciones por medio de campañas sanitarias de diversa índole en las áreas productoras de materias primas con las que se trataba de controlar las enfermedades endémicas. Dichas campañas generalmente eran operadas, alentadas o hasta financiadas por agencias internacionales como la Fundación Rockefeller o la Fundación Ford, que desarrollaban dichas actividades a través de las estructuras gubernamentales en los países del tercer mundo (PAHO, 1977).

En 1969 aparece el informe de John Bryant, “Health and the Developing World”, donde cuestiona el modelo hospitalario como respuesta a las necesidades de la salud de la población, considerando que “no pueden ser resueltas únicamente con fumigaciones, vacunas o antibióticos” (citado por: Cueto, 2004; Bryant, 1969). Al mismo tiempo, se dan a conocer publicaciones derivadas de experiencias con trabajadores de la salud en países pobres como India (Taylor, 1976). En 1974 se publica el informe del entonces ministro de Salud de Canadá, Marc Lalonde, donde se plantea un enfoque más hacia la prevención y promoción de la salud como contraparte del modelo hospitalario y donde se resaltaba la importancia de los determinantes de la salud, destacando la biología, el medio ambiente, los servicios básicos para la salud y los estilos

de vida (Lalonde, 1974). También aparecen posturas radicales que cuestionan fuertemente el modelo médico (Ilich, 1975).

Marcos Cueto menciona que otra influencia fueron diversos grupos religiosos que realizaban misiones en los países subdesarrollados, principalmente The Christian Medical Commission, organización luterana que enfatizaba el entrenamiento de trabajadores de salud rurales equipados solo con medicamentos esenciales. “Esta organización editaba en 1970 la revista *Contact* donde aparece el término de atención primaria de la salud (*primary health care*) por primera vez”. También considera que otra influencia para la APS fue la expansión masiva de los servicios de salud rural en China, a través de los Médicos Descalzos, en un periodo que va de 1964 a 1976 y que coincide con la entrada de este país en la ONU y la OMS (Cueto, 2004).

En la década de los 70 ya se había alcanzado un gran avance científico y tecnológico que conduciría, junto a otros grandes cambios, al fenómeno de la “globalización”. Sin embargo, ya se reconocían las grandes y crecientes desigualdades e injusticias sociales en las condiciones de vida, así como la pobreza y el abandono de sectores mayoritarios de la población. Desde el punto de vista político, el mundo estaba en plena confrontación a la que se llamó la “guerra fría” y estuvo basada en un extraordinario desarrollo tecnológico en los campos bélicos entre las dos superpotencias que culminó con la caída del Muro de Berlín (1989).

En 1974 la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) emite la resolución sobre el Nuevo Orden Económico Internacional (NIEO por sus siglas en inglés), que establece nuevas reglas para apoyar el desarrollo de los países pobres (United Nations, 1974). Una figura relevante en este proceso es la del danés Halfdan T. Mahler (hijo de un misionero bautista), que fue nombrado director de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1973 hasta 1988. Esta persona había trabajado en programas contra la tuberculosis y en trabajo comunitario en diversos países, y como jefe de la Oficina de Tuberculosis de la OMS. Para entonces y desde los años 60 ya había diversos proyectos relacionados con el desarrollo de servicios básicos de salud que pueden considerarse precursores de la APS. Mahler, ya como director de la OMS, estableció una fuerte relación con el Fondo de las Naciones Unidas

para la Infancia (UNICEF) para el desarrollo de estos proyectos (Cueto, 2004).

En 1975 aparece lo que pudiera ser el documento fundacional de la APS, resultado de la colaboración de la OMS y UNICEF: “Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs of Populations in Developing Countries”, en el que se aborda la relación entre pobreza y salud en razón de que el 80 % de la población sufre de esta condición y para quienes los modelos de los países industrializados, basados en grandes hospitales, no son la solución para resolver las necesidades básicas de salud de esa población. Además, el documento señala las barreras y obstáculos para mejorar la salud de los países pobres. En dicho reporte se define ya claramente el término “trabajador de atención primaria de la salud” (“*primary health worker*”) como personas de la comunidad entrenadas para llevar cabo actividades de atención básica y de promoción de la salud que usualmente realizan profesionales de la salud como médicos y enfermeras, etc. La segunda parte del informe presenta estudios de caso de experiencias innovadoras y alternativas en diferentes países como Bangladesh, China, Cuba, Tanzania, Venezuela, Yugoslavia, Níger e India (Djukanovic, 1975).

Con estos antecedentes se reconocía que había que encontrar alternativas a las intervenciones tradicionales basadas en campañas sanitarias dirigidas a ciertas enfermedades como la malaria, la anquilostomiasis, la tuberculosis, y que no era factible que el modelo médico occidental dominante de tipo hospitalario resolviera las necesidades de salud de los pueblos, reconociendo además que las principales causas de morbi-mortalidad en ese momento eran la desnutrición, las enfermedades transmitidas por vector, las parasitosis, las infecciones respiratorias y las enfermedades diarreicas. Con base en este informe, la OMS, en su 28.^a Asamblea Mundial de la Salud en 1975, logra poner a debate la necesidad y urgencia de nuevos enfoques del cuidado de la salud para todos a través de lo que se denominó atención primaria de salud.

Por su valor histórico, es interesante la narración que hace de primera mano el médico peruano David Alejandro Tejada de Rivero, nombrado subdirector de la OMS en 1974 y coordinador general de la Conferencia de Alma-Ata, en relación a los preparativos para esta, así como las consideraciones políticas en pleno

periodo de distensión de la llamada “guerra fría” que llevaron a su realización.

En 1976, un día antes de la reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, previo a la 29.^a Asamblea Mundial de la Salud a realizarse en mayo, el director de la OMS (H. T. Mahler) recibe de Dimitri Venediktov, el poderoso viceministro de Salud para Asuntos Internacionales de la Unión Soviética, la propuesta para realizar una gran conferencia internacional sobre el tema de la atención primaria, así como dos millones de dólares como contribución de la Unión Soviética para ese efecto y que la sede fuera Moscú. El Consejo Directivo recibió la propuesta, y cuatro meses después, fue formalmente aceptada en la Asamblea y se programó el encuentro para 1978. La selección de la ciudad de Alma-Ata se debió a dos consideraciones principales: el dinamismo y liderazgo del ministro de Salud de Kazajistán, y las condiciones de infraestructura física que debían realizarse en plazos bastante limitados. Alma-Ata o Almaty (Алмá-Атá en ruso, Алматы en kazajo, significa “padre de las manzanas”) estaba en la república donde la Unión Soviética tenía sus programas espaciales para la guerra fría. Es, además, vecina de China.

Asegura Tejada que tanto la Declaración como las Recomendaciones fueron el resultado de 18 borradores, revisados y corregidos con la participación de las seis Regiones de la OMS y de la Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas de 1977, así como por grupos de expertos de algunos países (Tejada de Rivero, 2003).

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, organizada por la OMS/OPS y UNICEF, y patrocinada por la entonces URSS, se realizó en Kazajistán (entonces integrante de la URSS), del 6 al 12 de septiembre de 1978, y fue el evento de política de salud internacional más importante de la década de los setenta. En ella participaron 134 países y 67 organizaciones internacionales, con la ausencia importante de la República Popular China. La declaración del 12 de septiembre expresaba la necesidad urgente de la toma de acciones por parte de todos los gobiernos, trabajadores de la salud y la comunidad internacional, para proteger y promover el modelo de atención primaria de salud para todos los individuos en el mundo. Su lema fue “Salud para todos en el año 2000”. La Declaración final de la conferencia de Alma-Ata tenía diez puntos principales, resumidos a continuación.

- La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y es un derecho humano fundamental.

- La consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, que requiere de la acción de muchos sectores.
- La desigualdad existente en la salud de las personas es inaceptable e involucra de manera común a todos los países.
- El desarrollo económico y social es esencial para poder alcanzar la salud para todos, y la salud es esencial para el desarrollo sostenible y la paz en el mundo.
- Las personas tienen el derecho y el deber de participar en la planificación e implementación de su atención sanitaria.
- Un objetivo principal de los gobiernos y la comunidad internacional debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000.
- La atención primaria de salud (APS) es la clave para conseguir este objetivo.
- La APS es el foco principal del sistema sanitario y su primer nivel de contacto, acercando el máximo posible la atención sanitaria al lugar donde las personas viven y trabajan.
- La APS refleja las condiciones del país y de sus comunidades, y se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad.
- Los gobiernos deberían formular políticas y planes de acción para establecer la APS como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores.

El proyecto inicial sufrió pocas modificaciones, aunque algunas contribuyeron a diluir o confundir las propuestas originales de la conferencia de Alma-Ata, además de que algunas agencias internacionales, de Naciones Unidas, y agencias como las fundaciones Rockefeller y Ford, y el Banco Mundial, entre otras, contribuyeron a las distorsiones del concepto y la práctica, ya que se alejaban del planteamiento original en relación a lo que se propuso como atención primaria de salud. A estas propuestas alternas se les llamó “atención primaria de salud selectiva”, tema que fue abordado en una reunión patrocinada por la Fundación Rockefeller en 1979 llamada “Health and Population in Development”, o Conferencia de Bellagio, realizada en Italia, y que se basó en un documento que consideraba las resoluciones de Alma-Ata como “idealistas y

poco apegadas a la realidad”, por lo que proponía como estrategia provisional “paquetes de intervenciones técnicas de bajo costo” para los países pobres, considerando cuatro como las más básicas: monitoreo del crecimiento infantil, rehidratación oral, lactancia materna, y las inmunizaciones (Walsh, 1979).

Lo anterior ocasionó un intenso debate: los que apoyaban el concepto original de la atención primaria de salud, derivado de la reunión de Alma-Ata, consideraron que la propuesta de una APS selectiva era una propuesta tecnocrática que desviaba la atención acerca de las causas de raíz del estado de salud, como son los factores sociales y económicos, además de que no se consideraba la participación de la comunidad, por lo que era un concepto muy reducido en relación a lo acordado previamente.

Este debate se reflejó sobre todo en dos artículos publicados en la revista británica *Social Science and Medicine* en un número especial: el primero, de Walsh y Warren (de Harvard y de la Fundación Rockefeller), “Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries” (“Atención primaria selectiva de salud: una estrategia provisional para el control de enfermedades en los países en desarrollo”), escrito como una respuesta a la estrategia integral de atención primaria de salud respaldada por todos los países que asistieron a la conferencia celebrada por la OMS en Alma-Ata en 1978 (Walsh, 1980). Como respuesta, en la misma revista se publica un artículo de Gish (de la Universidad de Michigan), “Selective Primary Care: Old Wine in New Bottles” (“Atención primaria selectiva: vino viejo en botellas nuevas), en el cual critica y argumenta en contra de dicha propuesta, considerándola un retroceso (Gish, 1982). El debate entre estas dos perspectivas se desarrolló en torno a tres preguntas: ¿Cuál era el significado de la atención primaria de salud? ¿Cómo se iba a financiar la atención primaria de salud? ¿Cómo se iba a implementar?

En su versión más radical, la atención primaria de salud era un complemento de la revolución social. Para algunos, esto era indeseable y se debía culpar al director de la OMS, Mahler, por transformar a la OMS de una organización técnica a una organización politizada (Parker, 1976). En su versión más ligera, la atención primaria de salud era una adición a los servicios médicos preexistentes, un primer contacto médico, una extensión de los

servicios de salud a las zonas rurales o un paquete de intervenciones selectivas de atención primaria. Sin embargo, aun con estas intervenciones positivas seguía siendo considerada una atención de segunda calidad, tecnología simplificada o atención médica deficiente para los pobres (Frenk, 1990). También surgieron críticas de algunos académicos de la izquierda latinoamericana que consideraban, en primer lugar, que “atención primaria” realmente significaba atención médica “primitiva”, y en segundo lugar, que era un medio de control social de los pobres, una degradación del estándar de oro establecido en Alma-Ata (Breilh, 1979; Testa, 1988).

El debate ha persistido por largo tiempo y mientras algunos abogan por paquetes de atención preventiva otros consideran que la APS debe ser integral. Lo cierto es que las condiciones que dieron origen a la política de “Salud para todos” y a la estrategia, sociopolítica, de la “atención primaria de salud”, no solo subsisten, sino que se han profundizado. La inequidad y la injusticia social dejan a amplios sectores de la población sin acceso a un cuidado integral de su salud. La pobreza aumenta y los pocos recursos para educación y salud de que disponen los países del “tercer mundo” se invierten y gastan en las formas más erradas e injustas. Aunado a lo anterior, todavía se da, de manera inexplicable, la confusión de la atención primaria de salud con la atención médica de primer contacto orientada a unas pocas enfermedades. Los sistemas de salud están altamente burocratizados y continúan las limitaciones y barreras para la participación ciudadana y la participación social.

Por otra parte, durante la década de 1980 muchos países en desarrollo enfrentaron inflación, recesión, políticas de ajuste económico y deudas externas asfixiantes que comenzaron a pasar factura a los recursos de salud pública. Un nuevo contexto político creado por el surgimiento de regímenes neoliberales conservadores en los principales países industrializados significó restricciones drásticas en los fondos para la atención de salud en los países en desarrollo (Cueto, 2004). Otro problema observado para la implementación de la APS integral fue que la mayoría de los médicos latinoamericanos que se formaron en facultades de Medicina con el modelo flexneriano aspiraban a trabajar en hospitales, vivir en ciudades y recibir salarios altos, además de que percibían la APS como algo de segunda categoría, que promovía

acciones pragmáticas y no científicas y exigía demasiados sacrificios, además de que con frecuencia desconfiaban del personal no profesional que trabajaba como promotores de salud o auxiliares médicos (Rubel, 2022).

El fracaso de la APS y la APS revisitada

A raíz de la declaración de Alma-Ata, si bien hubo una aprobación de la gran mayoría de los países, también hubo acciones en contra por parte de las asociaciones médicas que temieron de nuevo una pérdida de influencia y negocio y por parte de la Fundación Rockefeller y UNICEF, defendiendo una “atención primaria selectiva”. En las décadas de 1980 y 1990 el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, en su informe “Invertir en Salud”, abogaban por la sanidad privada y el copago, condicionando a los países deudores a fin de recibir préstamos, por lo que la atención primaria tuvo un desarrollo limitado en Latinoamérica y África (Segura del Pozo, 2021).

En 2008, a raíz del Informe sobre la Salud Mundial, la OMS ya aseguraba que los sistemas de salud se han convertido en “un mosaico de componentes dispares” con una gran proporción de los recursos destinada a los servicios curativos, en detrimento de las actividades de prevención y promoción de la salud. Pero resulta notable que la misma OMS subrayaba la probabilidad de que los actuales sistemas de salud se vieran desbordados por los crecientes desafíos del envejecimiento de la población, las pandemias de enfermedades crónicas, las nuevas enfermedades emergentes, y las repercusiones del cambio climático.

En lugar de reforzar su capacidad de respuesta y prever los nuevos desafíos, los sistemas sanitarios parecen hallarse a la deriva, fijándose una tras otras prioridades a corto plazo, de manera cada vez más fragmentada y sin una idea clara del rumbo a seguir, se señala en el Informe Sobre la Salud en el Mundo 2008, titulado “La atención primaria de salud, más necesaria que nunca” (OMS, 2008). Desafortunadamente, muchos interpretaron a la APS como “servicios pobres para los pobres”, alejado del espíritu de Alma-Ata, lo que mostraba las distorsiones del concepto (Almeida, 2018).

En 2014, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, para que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos y de calidad. Al mismo tiempo, se proponía transformar la organización y la gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, así como el aumento de la capacidad resolutive del primer nivel, articulado en redes integradas de servicios de salud (RISS). Un año después, en 2015, se establecen los Objetivos del Desarrollo Sostenible como un llamamiento universal para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que para el 2030 todas las personas disfruten de paz y prosperidad, a la vez que propone garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos logrando la cobertura sanitaria universal, la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas (OPS, 2014; OMS, 2015).

En el discurso y las declaraciones todos parecen estar de acuerdo, pero a la hora de las decisiones, los países siguen privilegiando, en términos presupuestales y de políticas de salud, un modelo centrado en el hospital y la alta especialidad con un enfoque curativo más que preventivo. En el diseño de políticas públicas no se prioriza la inversión en infraestructura, recursos humanos y tecnologías, ni se cuenta con estrategias para un trabajo efectivo con la comunidad que actúe sobre las determinantes sociales y acerque la salud a las personas (Artaza, 2017).

La OMS ha identificado cuatro grupos de reformas necesarias para lograr que la atención primaria se desarrolle de tal modo que pueda lidiar con las nuevas necesidades: 1. Reforma para la cobertura universal; 2. Reforma del sistema de atención, para que los servicios de primer nivel se organicen con base en las necesidades y expectativas de la gente, y mejorando su efectividad; 3. Reforma de la política pública, que ayude a generar un marco que favorezca el desarrollo de comunidades saludables y la implementación de políticas saludables; y 4. Reforma del liderazgo, que establezca un esquema que logre un adecuado equilibrio entre la rectoría

del Estado y las unidades de atención y autoridades locales (OPS, 2010; Ferran, 2011).

Renovación de la APS

En el año 2007, la OPS plantea en un documento que la renovación de la APS exige prestar más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud tales como el acceso, la justicia económica, la adecuación y sostenibilidad de los recursos, el compromiso político y el desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención. También, que se requiere una reorientación de los sistemas de salud, por lo que es preciso un enfoque renovado de la APS, razonado y basado en la evidencia, para lograr una atención universal, integral e integrada. En este posicionamiento se aboga por establecer un sistema de salud basado en los principios esenciales de la APS integral (OPS, 2007; Brommet 2011).

La otra vertiente de la APS, que se ha tratado de implementar particularmente en América Latina, es la APS integral e integrada (APS-I), adoptada por la OPS en 2009, que recupera los planteamientos originales de la Declaración de Alma-Ata, renovándola. Se considera que es una política de salud con una participación social organizada; está centrada en la persona, la familia y la comunidad, y parte de las necesidades de salud de la población; considera los determinantes sociales; enfatiza la educación, promoción y prevención; cuenta con una red de prestación de servicios con la coordinación asistencial entre el primer nivel de atención y los servicios especializados y complejos extra e intrahospitalarios. Se requiere abandonar el viejo modelo de niveles de atención y operacionalizar un modelo altamente resolutivo desde el primer contacto.

En octubre de 2018 se llevó a cabo una nueva conferencia mundial sobre atención primaria de la salud organizada por la OMS, UNICEF y el Gobierno de Kazajistán, esta vez en la ciudad de Astaná. En esta ocasión, países de todo el mundo firmaron la Declaración de Astaná, y prometieron fortalecer sus sistemas de atención primaria de salud (APS) como un paso esencial para lograr la cobertura universal de salud.

Estamos convencidos de que el fortalecimiento de la atención primaria de la salud es el enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para la mejora de la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social, y que la atención primaria de la salud es la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal (CSU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. Acogemos con agrado la celebración en 2019 de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas, a la que contribuirá la presente Declaración. Cada uno de nosotros seguiremos nuestro camino para lograr la CSU para que todas las personas tengan acceso equitativo a la atención de salud eficaz y de calidad que necesitan, velando por que el uso de dichos servicios no les exponga (OMS-UNICEF, 2018).

La Declaración de Astaná se realiza en medio de un creciente movimiento mundial para lograr una mayor inversión en atención primaria de salud, con el fin de alcanzar una cobertura universal de salud. Los recursos de salud se han centrado abrumadoramente en intervenciones hacia enfermedades individuales en lugar de en sistemas de salud sólidos e integrales, una brecha destacada por varias emergencias de salud en los últimos años. También, establece compromisos en cuatro áreas clave: 1. tomar decisiones políticas audaces para la salud en todos los sectores; 2. construir una atención primaria de salud sostenible; 3. empoderar a individuos y comunidades; y 4. alinear el apoyo de los interesados con las políticas, estrategias y planes nacionales. En esta reunión se actualizan los planteamientos de la declaración de Alma-Ata, pero incluyendo los avances tecnológicos de los últimos veinte años que se alinean con los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) (Peraza de Aparicio, 2022).

Algunos aspectos de la APS en México

Después de la Segunda Guerra Mundial, en diversos países de la región de las Américas, entre ellos México, se decide la construcción de un modelo más apegado al Estado de bienestar y se inicia un proceso de creación de un sistema de salud teniendo a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) como eje rector y creada para atender a la población en general. La década de los

años cuarenta es especialmente importante en la historia de la salud pública mexicana.

En 1947 se establece el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para los trabajadores formales, en 1960 el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para atender la burocracia al servicio del Estado, y en 1961 el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas, Servicios de Salud para la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) para las fuerzas armadas. Este modelo, además de fragmentado, se orientó más hacia la medicina curativa centrada en los hospitales y la creciente especialización que, por los altos costos y la centralización excesiva, presentaban problemas de acceso para la población, sobre todo la que no gozaba de la seguridad social. Sin embargo, se le seguía asignando un rol muy reducido a los programas preventivos y de promoción de la salud. Por otro lado, las políticas de salud no contemplaban un panorama más amplio de la salud pública que no fueran las campañas sanitarias contra las principales enfermedades endémicas que en ese entonces eran un obstáculo para el desarrollo del país, como el paludismo, las parasitosis, el mal del pinto, la oncocercosis, la tuberculosis, etc. También se iniciaron acciones de vacunación de acuerdo a los avances médicos que se tenían disponibles, como la vacunación antivarilosa y posteriormente contra la poliomielitis, a las cuales se fueron agregando otras inmunizaciones contra las “enfermedades propias de la infancia” a medida que se desarrollaban los avances biotecnológicos (Rodríguez de Romo, 1998).

Para la década de 1970 en adelante cambia el discurso y la orientación hacia programas de salud pública y otras estrategias en donde ya era necesario contar con una infraestructura y una regionalización del país que pudieran llevar a cabo con éxito estas estrategias; por ejemplo, en 1972 se plantea el Programa Nacional de Planificación Familiar, en 1973 se estructura el Programa Nacional de Inmunizaciones, etc. Al mismo tiempo, y aun antes de la declaración de Alma-Ata, se llevaron a cabo diversos programas para prestar servicios médicos y preventivos a la población de difícil acceso, como lo fueron en 1971 el Programa de Extensión de Cobertura, y en 1977 la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLA-

MAR); posteriormente, en 1979, el Programa IMSS-COPLAMAR. Ante el crecimiento tan importante de la población en las grandes ciudades y las dificultades para su acceso al sistema de salud, se desarrolla a partir de 1980 el Programa de Atención a la Salud a la Población Marginada de las Grandes Urbes, al que se le llamó coloquialmente el de “áreas marginadas” (Gómez-Dantés, 2019).

A pesar de los avances científicos y tecnológicos del modelo médico y de los programas para mejorar el acceso a los servicios médico-preventivos, se hizo evidente que dicho sistema fragmentado no resolvía el problema de la inequidad en salud ni el acceso a una atención médica oportuna y de calidad para la mayoría de la población. En base a esto, en los años 70 aparecen fuertes cuestionamientos al modelo, dado que al comparar los indicadores de los diferentes países era evidente el atraso y diferenciación que seguían mostrando. En estas circunstancias, surge la propuesta de la APS como solución para la cobertura universal por lo menos con servicios de atención primaria para la población excluida. A partir de la declaración de Alma-Ata (septiembre de 1978), el sistema de salud mexicano adoptó formalmente los postulados de la APS. A partir de entonces, el sector salud ha transitado por diversos modelos que han intentado apegarse a dicha estrategia.

Los modelos en México

En 1985 la Secretaría de Salud (SSA) diseñó el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA), que se revisó y actualizó en 1995 en el marco de una Reforma del Sector Salud que alcanzaba tanto a la SSA como al IMSS y que proponía, básicamente, dos aspectos: la descentralización y la ampliación de cobertura. Desde esta perspectiva, la SSA tendría a su cargo la coordinación, el monitoreo y la regulación del sistema (incluyendo la regulación de la seguridad social y las instituciones privadas). Por su parte, las agencias de seguridad social y los aseguradores privados se encargarían del financiamiento de las actividades de atención a la salud. Finalmente, una multiplicidad de prestadores públicos y privados serían los responsables de la prestación de los

servicios personales de salud. Además, se planteaba la ampliación de cobertura a través de la formulación de un paquete básico con trece intervenciones costo-efectivas.

Se aseguraba que este modelo basaba sus acciones en la estrategia de atención de la salud (Alma-Ata, 1978) entendida como “una forma de atención a la salud 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”. Sin embargo, su principal objetivo era la ampliación de la cobertura a población rural dispersa, a través de un paquete básico de trece acciones costo-efectivas definido como intervenciones sencillas de instrumentar, de bajo costo y alto impacto, manejando los recursos con eficiencia y combatiendo las principales causas de muerte y enfermedad de los grupos marginados, por lo que se alineaba con la propuesta de una atención primaria selectiva ya debatida a escala mundial en los años previos (SSA, 1995; Diario Oficial de la Federación, 1996).

Posteriormente, en 2006 (siendo secretario de Salud el Dr. Julio Frenk Mora), se plantea el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS), que recoge la experiencia de otros modelos de atención desarrollados 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. Este modelo se elaboró durante el sexenio 2000-2006; sin embargo, se mencionaba que este nuevo modelo

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, si bien su adaptación a las condiciones locales se dejaba bajo la responsabilidad de cada entidad federativa (SSA, 2006).

Lo que llama la atención en relación al MIDAS es un documento, “Modelos de Unidades Médicas”, que se propone como “una herramienta para la toma de decisiones en los procesos de planeación de infraestructura médica” y expone una serie de acciones para cada unidad (entre ellas las de primer nivel de atención) dentro de la red de servicios de salud, incluyendo sus características y equipamiento.

Es una lástima que lo expuesto en este documento no se haya realizado en su totalidad, ya que eso se dejó en manos de las autoridades locales de salud que no siempre contaron con el apoyo político y financiamiento adecuado para lograr esas metas (SSA, 2006).

En este lapso también se dio lugar al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), llamado Seguro Popular, que más que nada se orientaba a la atención médica hospitalaria para la población no derechohabiente a servicios de salud, cubriendo 287 intervenciones esenciales y 65 intervenciones especializadas de alto costo. Este modelo no hacía énfasis en la atención primaria.

Por su parte, el Programa IMSS-Oportunidades desarrolló el Modelo de Atención Integrado de Salud (MAIS), constituido por dos vertientes principales: la atención médica y la acción comunitaria. A través de ellas, el programa orientaba sus acciones al mejoramiento de la salud en el corto, mediano y largo plazos. Lo que distingue al MAIS es su enfoque preventivo, que hace de la participación comunitaria un aliado indispensable para abatir el surgimiento y propagación de enfermedades. Este modelo asegura que

incorpora los avances y lecciones aprendidas de los sistemas desarrollados con anterioridad, centrando 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 (SSA, 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. Un problema señalado es también en relación a la deficiente conceptualización de la APS, ya que muchas veces se ha confundido la APS con la atención de primer nivel o de primer contacto y se ha sustituido por paquetes de atención preventiva. Desafortunadamente, muchos interpretaron a la APS como “servicios pobres para los pobres”, alejado del espíritu de Alma-Ata, lo que mostraba las distorsiones del concepto. Muchos

consideran que estos modelos, aunque fueron esfuerzos serios para mejorar el acceso a la salud, no fueron implementados en su totalidad y en ciertos aspectos fueron esbozos que no resolvieron la problemática, por lo que se requiere seguir trabajando en la construcción de propuestas que sean realistas con objetivos alcanzables a corto, mediano y largo plazo (Almeida, 2018).

La necesidad de cambiar

López-Cervantes *et al.* (2011) piensan que lo que realmente se tiene en México es un “no-sistema de salud”, al carecer de equidad en el acceso a los servicios. Consideran que el sistema de salud adolece de dos deformaciones (vicios) de origen que son, en primer lugar, el planteamiento legal del derecho a la atención de la salud exclusivamente para los trabajadores del sector formal, dejando en desventaja al resto de la población, por lo que

...resulta necesaria una transformación en el modelo público de servicios de salud, tomando como criterio la ciudadanía como condición de derecho a la atención a la salud para llegar a tener una verdadera cobertura universal sustentada en los servicios de atención primaria.

En segundo lugar, la estructuración de la enseñanza y los servicios médicos según un modelo de medicina especializada y curativa, lo que conlleva acciones de alto costo y poca efectividad en cuanto a la prevención de enfermedades y promoción de la salud. Lo que ha contribuido al desprestigio de la medicina general a tal grado que una buena parte de la población considera inapropiado recibir atención por parte de un médico general. A esto hay que agregar que diferentes reformas adoptaron la idea de que los servicios de salud pueden operar como un mercado, favoreciendo la privatización, sin embargo, lo que se logró fue aumentar la burocracia sin resolver el problema del acceso equitativo a servicios de salud de calidad para el grueso de la población, lo que los autores califican que en realidad son “parches sobre otros parches” (López-Cervantes, 2011).

En 2008, la OPS/OMS publica un documento en el cual establece “la necesidad imperiosa de avanzar hacia la integración de los servicios y la búsqueda de modelos de atención de salud más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos”. Para esto, propone el modelo de las redes integradas de servicios de salud como parte de la estrategia para una mejor implementación de la APS. Las define como: “La gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud”. Específicamente, se refieren a: 1. Un conjunto amplio de intervenciones preventivas, 2. Sitios de atención multipropósito (policlínicos), 3. Cuidado de salud provisto a lo largo del tiempo, 4. La integración de los diferentes niveles de atención, 5. La vinculación entre la formulación de políticas y la gestión de los servicios, 6. El trabajo intersectorial (OPS, 2010). Posteriormente se publica en Brasil otro documento mediante el cual se difunde este concepto de RISS, donde se expone una extensa y profunda reflexión sobre la necesidad de superar la fragmentación del sistema, de organizar para atender las enfermedades crónicas y de priorizar definitivamente la APS como base y centro organizador de las redes de atención integral. En el documento citado se propone una estructura operacional compuesta por cinco componentes: la atención primaria de salud, el sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico, los sistemas logísticos, el sistema de gobernanza de las redes, gerencia y financiamiento (Mendes, 2013).

Modelo de Atención Primaria de Salud Integrado Mexicano (APS-I Mx)

Existe el consenso y el deseo de lograr un verdadero sistema de salud con cobertura universal y equitativa, pero es claro que para lograrlo todavía queda un largo camino por recorrer, pero por lo menos un primer paso es muy factible que se pueda lograr retomando los principios esenciales de la atención primaria de la

salud, pero integrando estos servicios con los otros niveles de atención. Se reconoce que la deficiente APS impacta en la atención hospitalaria, ya que la falta de contención y de capacidad resolutive en el primer contacto genera una gran demanda que rebasa la capacidad operativa de las unidades hospitalarias. Lo anterior repercute en un retardo en la detección temprana y en la atención de diversos padecimientos, sobre todo de los crónico-degenerativos. Son de todos conocidas las largas filas y las horas de espera que vemos en muchas unidades hospitalarias en busca de atención especializada o de tratamiento quirúrgico. Al respecto es conocido y reconocido el rezago y diferimiento en este tipo de atención, aun en los sistemas de seguridad social.

La pandemia de COVID-19 mostró la deficiencia de los sistemas de salud en todos sus niveles, pero sobre todo en el de primer contacto, ya que muchos de los centros de salud y unidades de medicina familiar fueron rebasados por la demanda al grado de que tuvieron que restringir sus servicios para priorizar la atención de pacientes con coronavirus, pero muchas veces con un bajo poder resolutive, ya que la mayoría carecía de la infraestructura, personal, equipamiento e insumos para responder adecuadamente a dicha epidemia. Lo anterior ocasionó que la atención de pacientes con problemas médico-quirúrgicos, enfermos crónicos, y la atención materno-infantil, se vieran debilitadas (Vázquez, 2021).

El planteamiento más actualizado en este momento es que para migrar el sistema nacional de salud hacia el enfoque real de la APS-I Mx, uno de los principales mecanismos son las redes integradas de servicios de salud (RISS) como un sistema de información, procesos y procedimientos para la integración de los procesos de planeación, ejecución, monitoreo y control de recursos para la salud, permitiendo la gestión ordenada y dinámica de la prestación de servicios de salud de acuerdo a las necesidades de la población a lo largo del curso de vida (Molina, 2021).

La SSA de México emitió un documento donde plantea la renovación del sistema de APS en México con el objetivo de transformar los servicios de salud y transitar hacia el acceso universal y efectivo con equidad, dignidad, calidad y eficiencia a la atención a la salud, teniendo como principios la participación comunitaria, la intersectorialidad, los actores comunitarios en salud y las redes

integradas de servicios de salud (RISS). La equidad y universalidad implican, en esta política de salud, eliminar la segmentación y fragmentación del sistema público de salud, yendo hacia la constitución de un sistema único, universal, público, solidario y gratuito (SSA, 2018). El documento se basa en las recomendaciones del grupo de alto nivel de la OMS Comisión de Alto Nivel (OPS, 2019), un cuerpo interdisciplinario y plural. El encargo de esta comisión fue elaborar recomendaciones para la directora de la OPS que permitieran hacer efectivo el derecho a la salud. Estas diez recomendaciones fueron: a) Asegurar el derecho a la salud, b) Desarrollar modelos de atención basados en la APS, c) Generar mecanismos de participación social, d) Generar mecanismos de regulación y fiscalización del sector privado, e) Eliminar las barreras de acceso a la salud, f) Abordar los determinantes sociales con intervenciones intersectoriales, g) Reposicionar la salud pública como eje orientador de la respuesta del Estado, h) Valorar los recursos humanos como protagonistas de la APS, i) Promover la utilización racional y la innovación de los recursos tecnológicos y, j) Otorgar un financiamiento eficiente y sostenible (OPS, 2019).

La nueva propuesta es consolidar el tránsito de un modelo centrado en la atención intrahospitalaria a un modelo cuya base se conforme en la comunidad con mayor énfasis en las acciones de promoción y prevención, en el mismo sentido de que promueve y potencializa la resolución ambulatoria de los problemas de salud al fortalecer la atención de primer nivel, con mayor capacidad resolutoria, sin descuidar la atención hospitalaria (SSA, 2019; OPS, 2019). Como complemento del documento anterior en 2020 hay un posicionamiento de México en donde se operacionaliza dicha estrategia, pero debido a la llegada de la pandemia de COVID-19 al país, su aplicación no se llevó a cabo en el tiempo requerido (Secretaría de Salud, 2020).

El MAS-Bienestar

El Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) se constituyó como un organismo descentralizado sectorizado a la Secretaría de Salud

en noviembre de 2019 para proveer la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social. En el marco de esta instancia, se establece el Modelo de Salud para el Bienestar (SABI), con el cual se propone fortalecer la atención primaria de salud como estrategia para la salud y el bienestar de las personas, familias y comunidades (Diario Oficial de la Federación, 2019).

Se asegura que el funcionamiento está cimentado en un proceso metodológico realizado conjuntamente entre la SSA, el IMSS-Bienestar, el IMSS y el ISSSTE. Se plantea sustituir los núcleos básicos de salud (NBS) por equipos de salud para el bienestar (ESB), con un nuevo enfoque de trabajo donde destaca el actuar interdisciplinario. Cada ESB está compuesto por un médico general o especialista en salud familiar, personal de enfermería y un gestor comunitario de APS. Se suman voluntarios de la comunidad, quienes apoyan en las labores de promoción de la salud y el fomento de la participación comunitaria en la gestión de salud. Un ESB asume la responsabilidad de la mejoría de la salud integral de un territorio/población definido, idealmente entre 3,000 y 5,000 habitantes, distribuidos en un espacio en el que para llegar a la unidad de atención no demore más de una hora en el transporte habitual y que caminando la distancia no sea mayor de 7 km, salvo en zonas rurales con muy alta dispersión poblacional (SSA, 2020).

El MAS-Bienestar se basa en un enfoque de promoción de la salud y prevención de enfermedades, centrado en las personas, familias y comunidades, desde una perspectiva de derechos humanos y equidad de género, respetando la cultura y la cosmovisión de las diferentes comunidades y grupos poblacionales. Asume una visión holística sobre los determinantes sociales de la salud presentes a nivel local para brindar a las personas una atención integral basada en sus necesidades de salud y demandas de atención. Este modelo integra también valores en el orden de garantizar el derecho a la salud (DOF, 2022). Este modelo apenas está en etapa de implementación, por lo que es demasiado pronto para saber si va a cumplir las expectativas anunciadas, o bien va a tener un desenlace fallido, o bien va a ser “un parche sobre otro parche”.

Conclusiones y recomendaciones

De los múltiples análisis y reseñas de la evolución de la APS surgen señalamientos sobre cómo reforzar su implementación, e identificar cuáles son los principales desafíos que enfrenta la APS actualmente en México.

Se señala que para establecer un modelo exitoso de APS es necesario reconstruir por completo el sistema de salud, por lo menos el sistema público, porque de otra manera son esfuerzos que funcionan de manera limitada como paquetes médico-preventivos y algunos ni siquiera pasan a la implementación y se quedan como planes para el futuro. En general, el problema a lo largo de más de dos décadas ha sido la infraestructura, equipamiento y operación de los modelos que se basan en la APS, ya que, en la práctica, el sistema de salud mexicano ha estado históricamente segmentado, centrado en el aspecto curativo y en una excesiva medicalización. Si a esto se le agrega el bajo nivel de financiamiento y la carencia y poca capacitación de los recursos humanos, se entiende por qué no se ha avanzado mucho en este rubro.

Por otra parte, sigue existiendo un gran problema para el acceso a los servicios de salud, no se diga a la atención especializada donde se requiere de alta tecnología para ciertos tratamientos y para la rehabilitación de los enfermos. Se constata que puede haber disponibilidad de instalaciones médicas y sanitarias o incluso ser derechohabientes de la seguridad social, sin embargo, existen barreras para el acceso a ciertos servicios de salud. Al respecto, es conocida, en el primer nivel de atención, la tardanza para la cita médica, que en ocasiones se puede demorar días o semanas, lo que se prolonga hasta por meses en muchas especialidades debido al gran diferimiento que existe en dichas instituciones.

Una pregunta que surge de lo anteriormente expuesto es si el país está haciendo lo necesario y lo suficiente para lograr implementar por lo menos en una primera etapa un modelo de APS que realmente funcione de manera eficiente. Existe el consenso entre diversos autores de que un sistema puede tener ciertas particularidades de acuerdo con las diferentes regiones del país, pero debe de funcionar de manera integrada dentro de un sistema de referencia y contrarreferencia con el mínimo de barreras entre los diferentes

niveles. Un modelo donde los médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud se integren en un equipo multidisciplinario en donde puedan ejercer todas sus potencialidades y tengan un desarrollo profesional además de un pago justo.

La propuesta desde los años 70 hasta la fecha es la de crear un verdadero sistema nacional de salud, y aunque se han tratado de implementar las diferentes propuestas, todas han sido desde el Estado, poco se ha escuchado a las comunidades, a la sociedad civil, o a los trabajadores de la salud, que son los principales operadores del sistema. A lo menos que podemos aspirar a corto plazo es a la constitución de un primer nivel de atención universal y aprovechar los recursos humanos y materiales con que se cuenta, para crear un subsistema de atención primaria de cobertura universal que permita al Estado establecer y cumplir un compromiso de mantenimiento y mejora de la salud con metas que permitan llegar a lo ya alcanzado en otras partes del mundo. Por tanto, se debe de generar un modelo de atención a la salud con énfasis en la atención primaria, centrado en el paciente desde la perspectiva biopsicosocial, que dé respuesta a la transición epidemiológica y a los cambios emergentes de la salud de la población

Lo otro es que se debe de acabar con el esquema rígido que considera los tres niveles de atención y que la APS es básicamente aplicable solo en la atención de primer contacto. Deben de diluirse las barreras para una atención resolutive y especializada desde el primer contacto cuando esta sea requerida por la población, ya que la población debe de recibir los servicios de salud apropiados cuando los necesitan, no cuando haya citas o les toque su turno. Además, tendría que aplicarse el concepto de APS desde el primer contacto hasta los niveles más especializados, aplicando en acciones de promoción y educación para la salud, así como promover la participación de la comunidad, ya que el enfoque integral de la APS no debe ser de aplicación exclusiva del primer nivel de atención. Vignolo dice que:

en la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación

oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad (Vignolo, 2011).

El diagnóstico precoz es el arma más eficaz para tratar o curar las enfermedades, evitando que las enfermedades pasen a una fase más aguda, suponiendo unos costes de atención médica mucho mayores y una mayor morbilidad y mortalidad. Sería deseable cambiar el término de APS por el de “atención especializada e integral en el primer contacto” de acuerdo a las necesidades en salud de la población.

Hay que replantearse la APS actual con un nuevo modelo, con un nuevo nombre en el que los profesionales no sufran de los problemas antes denunciados de inestabilidad, con mayor formación y reconocimiento profesional y social. Entre las recomendaciones que aparecen en la literatura es recurrente la que considera que el médico de la APS debería ser el “médico del paciente”, para lo que deberá tener acceso a la información del paciente a través de un expediente clínico electrónico y con comunicación directa con el hospital de referencia. Debe ser una especie de médico familiar para su población asignada con una formación similar a la de un médico internista, pero ampliada con una buena formación en salud pública (Rodríguez-Santana, 2023).

Se requiere de centros de salud con médicos de familia o de cabecera y policlínicos con una cartera de servicios que incluya las especialidades básicas, que son las que en los hospitales resuelven la mayor parte de la demanda de atención de manera ambulatoria, como son: pediatría, ginecología, medicina interna y cirugía ambulatoria, complementados con ortopedia y traumatología, oftalmología y otorrinolaringología, especialistas que tendrían que estar dotados de alta tecnología y capacidad resolutive apoyados con un equipamiento moderno, y con una comunicación e integración informática con los hospitales. De esta manera, el hospital se complementa con las unidades de primer nivel de atención.

Desafortunadamente, en la actualidad existe desvinculación entre el diseño curricular y la implementación de las estrategias de la atención primaria en la práctica docente, por lo que se plan-

tea la necesidad de dar congruencia y coherencia a los programas educativos con los diseños curriculares fundamentados en perfiles de competencias para atender las necesidades de la APS. Es importante generar incentivos, certidumbre laboral y capacitación continua para los profesionales de la salud que laboran en establecimientos de atención primaria.

A este respecto, la OPS estableció cuatro recomendaciones para México en lo referente a los recursos humanos: 1. Fortalecer la capacidad de planificación conjunta de los recursos humanos, 2. Transformar la educación de los profesionales de la salud para apoyar los sistemas de salud basados en atención primaria, 3. Modernizar el *currículum* para las nuevas competencias que requieren los recursos humanos, y 4. Incorporar metodologías de aprendizaje innovadoras.

Por último, vale la pena considerar y más aún reflexionar sobre lo que expresa un editorial escrito en la revista de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria:

¿Es posible construir una nueva atención primaria? Una AP moderna, ajustada al perfil epidemiológico y la transición demográfica, así como a los cambios sociales, eficaz, eficiente, pero sobre todo resolutive, que aproveche los avances tecnológicos sin renunciar a la buena relación médico-paciente, que garantice la continuidad asistencial que reúna múltiples profesiones complementarias, que asegure la recertificación periódica de sus profesionales, que forme a los estudiantes, internos y residentes, también, en intuición clínica y humanidad, que vuelva a ilusionar y comprometa a los profesionales con el rigor, la calidad y la eficiencia de una sanidad pública sostenible y, en fin, una nueva atención primaria (*Rev Pediatr Aten Primaria*, 2022).

Bibliografía

- Almeida, G., Artaza, O., Donoso, N. & Fábrega, R. (2018). La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Pública*; 42:104. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>
- Artaza, O. & Sagastuy, B. (2017). De Salud para Todos a Salud Universal: cómo concretar el derecho a la protección a la salud. *Salud Problema*; 11:47-66. <https://publicaciones.xoc.uam.mx>

- Breilh, J. (1979). Community Medicine Under Imperialism: A New Medical Police. *International Journal of Health Services*; 9:5-24. DOI: 10.2190/9UHD-JB3Y-6AWF-J6FE
- Brommet, A., Lee, J. & Serna, J. (2011). Atención primaria: Una estrategia renovada. *Colomb Med*; 42: 379-87.
- Bryant, J. (1969). *Health and the Developing World*. Ithaca, NY: Cornell University Press. <https://www.jstor.org/stable/10.7591/j.ctvv415tm>
- Cueto, M. (2004). The origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *Am J Public Health*; 94:1864-1874. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.11.1864>
- Diario Oficial de la Federación, México (1996). Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, 11 de marzo.
- (2022). Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar MAS-Bienestar, 25 de octubre.
- Djukanovic, V. & Mach, E. P. (1975). *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs of Populations in Developing Countries: A Joint UNICEF/WHO Study*. Ginebra: WHO.
- Ferran, M. (2011). Crisis y atención primaria. Otra gestión es posible. *Aten Primaria*; 43(12):627-628. DOI: 10.1016/j.aprim.2011.09.006
- Flexner, A. (1910). *Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Nueva York, NY, EE. UU.: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Frenk, J. (1990). First Contact, Simplified Technology or Risk Anticipation? Defining Primary Health Care. *Academic Medicine*; 65:676-679.
- Gish, O. (1982). Selective Primary Care: Old Wine in New Bottles. *Social Science and Medicine*; 16(10):1049-1054. DOI: 10.1016/0277-9536(82)90177-0
- Gómez-Dantés, O. & Frenk, J. (2019). Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud. *Salud Pública Mex*, 61:202-211. DOI: 10.21149/10122
- Ilich, I. (1975). *Medical Nemesis: the Expropriation of Health*. Londres: Calder & Boyars.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2018). *Salud pública y atención primaria. Base del acceso efectivo a la salud de los mexicanos*. Cuernavaca, Mor., México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Canadian Department of National Health and Welfare.
- López-Cervantes, M., Durán Arenas, J. L. & Villanueva Lozano, M. (2011). La necesidad de transformar el sistema de salud en México. *Gaceta Médica de México*; 147:469-74. https://www.anmm.org.mx/GMM/2011/n6/26_GMM_Vol_147_-_6_2011.pdf

- Mendes, E. V. (2013). *Las redes de atención de salud*. Eugênio Vilaça Mendes, ed. en español. Brasília: Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3147/LAS-REDES-DE-ATENCION-DE-SALUD-web3%5B1%5D.pdf?sequence=1>
- Molina, J., Ruiz, J. A., Zamora, E. & Bejarano, R. (2021). *Desafíos de la Atención Primaria de Salud en México. Coordinación de Análisis Estratégico y Evaluación*. Secretaría de Salud México. www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/651873/Informe_Desaf_os_APS_ENERO_final.pdf
- OMS/UNICEF (2003). A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs. <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
- (2018). *Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible*, Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018.
- Organización Mundial de la Salud (2008). Informe sobre la salud en el mundo. “La atención primaria de salud, más necesaria que nunca”. https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Informe_sobre_Salud_en_el_mundo-2008_resumen.pdf
- (2018). Nuevo compromiso mundial con la atención primaria de la salud para todos en la conferencia de Astaná. Kazajstán: OMS. 25 octubre de 2018. <https://bit.ly/2Rm8TTv>
- Organización de las Naciones Unidas (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de setiembre. <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>
- Organización Panamericana de la Salud (2007). *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. Washington, D. C. iris.paho.org/handle/10665.2/49660
- (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas*. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, N. 4.
- (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Washington, D. C. <http://www.paho.org/uhexchange/index.php/es/uhexchangedocuments/informaciontecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universalde-salud/file>
- (2018). Atención Primaria de Salud. <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
- (2019). Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Washington: Organización Panamericana de Salud.

- Pan American Health Organization (1977). *Ventures in World Health. The Memoirs of Fred Lowe Soper*. Washington: Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the World Health Organization.
- Parker, A., Walsh, J. M. & Coon, M. A. (1976). Normative Approach to the Definition of Primary Health Care, *Milbank Memorial Fund Quarterly*; 415-438.
- Peraza de Aparicio, C. X. & Zurita Barrios, N. Y. (2022). Una mirada a la atención primaria desde Alma-Ata hasta Astaná. *Cultura de los Cuidados*; 26(62). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.62.11>
- Rev Pediatr Aten Primaria (2022). Editorial: La atención primaria se muere y no parece importar a casi nadie: convertir la crisis actual en la oportunidad para una nueva y potente atención primaria. 24:123-126.
- Rodríguez de Romo, A. C. & Pérez, M. E. R. (1998). Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*; V(2):293-310. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701998000200002>
- Rodríguez-Santana, I. (2023). La crisis de la atención primaria. *New Medical Economics*. <https://www.newmedicaleconomics.es/en-profundidad/la-crisis-de-la-atencion-primaria/>
- Rubel, A. (2022). The Role of Social Science Research in Recent Health Programs in Latin America. *Latin American Research Review*; 2:37-56. 10.1017/S0023879100015004
- Secretaría de Salud México (2006a). Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS). <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/MIDAS.pdf>
- (2006b). Modelos de Unidades Médicas, MIDAS. Modelo Integrador de Atención a la Salud. https://dam.salud-oaxaca.gob.mx/normatividad/Modelos_Unidades_Medicas.pdf
- (2015). Modelo de Atención Integral de Salud (MAI). <https://www.gob.mx/ceav/documentos/modelo-de-atencion-integral-en-salud>
- (2018). Atención Primaria de Salud Integral e Integrado México (APS-I Mx), México.
- (2019). Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I Mx: la propuesta metodológica y operativa. http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf
- (2020b). Redes integradas de servicios de salud (RISS): Redes de Atención (APS-I Mx), México. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/redes-integradas-de-servicios-de-salud-redes-de-atencion?state=published>
- (2020a). Modelo de Salud para el Bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la Atención Primaria de Salud. <https://www.gob.mx/insabi/documentos/modelo-de-salud-para-el-bienestar-diri>

- gido-a-las-personas-sin-seguridad-basado-en-la-atencion-primaria-de-salud
- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud (1995). Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta, México, 1995. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/MASPA_1995.pdf
- Segura del Pozo, J. (2021). Salud pública, atención primaria y salud comunitaria: tres ramas del mismo árbol. *Gac Sanit*; 35(2):107-108. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.004>
- Taylor, C. E. (ed.) (1976). *Doctors for the Villages: Study of Rural Internships in Seven Indian Medical Colleges*. Nueva York: Asia Publishing House.
- Tejada de Rivero, D. (2003). *Revista Perspectivas de Salud*, OPS; 8(2):1-6. https://www3.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_4.htm
- Testa, M. (1988). ¿Atención Primaria o primitiva? De Salud. En: *Memorias de las Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, Buenos Aires: 75-90.
- Torres-Lagunas, M. A. (2018). La Atención Primaria de Salud de Alma-Ata a Astaná, hacia la Cobertura Universal. *Enferm*; 15 (4).
- United Nations (1974). General Assembly, 6th special sess. Declaration on the Establishment of a New International Economic Order.
- Vázquez, J. L. & Crocker, R. (2021). La crisis epidemiológica y su impacto en la Atención Primaria para atender la epidemia de Covid-19. En: *Educación Médica en un mundo en crisis*. Ciudad de México: Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina A. C..
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*; XXXIII(1):11-14. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003
- Walsh, J. A. & Warren, K. S. (1980). Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries. *Social Science and Medicine*; 14C(2):34-39. [https://doi.org/10.1016/0160-7995\(80\)90034-9](https://doi.org/10.1016/0160-7995(80)90034-9)
- World Health Organization (1992). Health by the people. *World Health*; (mayo-junio):16-17. <https://iris.who.int/handle/10665/325249>

Capítulo 3

Los programas básicos en la atención primaria en salud. Conceptos y su aplicación en el territorio

Noé Alfaro Alfaro¹

Resumen

Los programas ofertados por las instituciones de salud para la población deben de estar relacionados con su perfil epidemiológico y con las condiciones ambientales del territorio específico donde residen. Para atender a la población, se requiere de intervenciones colectivas e individuales de salud pública y atención médica, con contenidos que incluyan a los determinantes socioambientales en su territorio. Para mejorar la atención a la salud pública se requiere de estrategias intersectoriales de promoción de la salud, de prevención específica y del tratamiento de enfermedades. La integración de estas intervenciones se implementa por medio de programas conectados en los diferentes niveles de atención, de manera integrada en todo el sistema de salud.

El propósito de este documento es describir y analizar los contenidos de los programas sustentados con el enfoque de atención

-
1. Médico cirujano, Universidad Nacional Autónoma de México (1973-1979). Maestría en Salud Pública, Universidad de Guadalajara (1981-1983). Doctorado en Epidemiología, Universidad de Guadalajara-Universidad de Washington (1985-1987). Postdoctoral Internacional Hewlett Fellowship. Center for Reproductive Health Policy Research, Universidad de California, San Francisco (1990-1991). Profesor jubilado, Universidad de Guadalajara. Director del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública, Universidad de Guadalajara (1994-1995). Profesor de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara (1985-2022). Premio Jalisco en Ciencias de la Salud, CUCS, Universidad de Guadalajara, 2003. Premio Médico a la investigación, Consejo Estatal de Salud, Jalisco, 2015. Correo electrónico: nalfaro0406@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2827-8093>.

primaria para la salud de la población, su estructura organizativa que se plantea para la atención de la salud pública y médica.

Palabras clave: atención primaria, programas de salud, atención continua en salud, modelos de organización en salud.

Introducción

La atención primaria a la salud (APS) es una estrategia de atención a la salud que se ha venido implementando en varios sistemas de salud de todo el mundo, con el propósito de garantizar una atención a la salud, con cobertura a toda la población. Esta propuesta ha evolucionado en su concepto, su enfoque, y en su contenido, desde su propuesta inicial en la reunión en Alma-Ata, hasta la última reunión de Astaná. En esta reunión los representantes de los países participantes realizaron compromisos para avanzar en considerar a la APS como un derecho humano, descritos en documentos ampliamente difundidos.

Las actividades de la APS se centran en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades y su rehabilitación. Esta atención debe de considerar los determinantes sociales y ambientales del territorio en donde radican las personas para ampliar su enfoque a la salud pública.

En México, el Gobierno ha planteado —y se encuentra en fase de implementación— el enfoque de la APS-I Mx, que es una adecuación del modelo de APS en el sistema de salud actual. Este cambio en el sistema de salud actual presenta múltiples retos en distintos niveles, por lo cual debe de ser cuidadosamente planeado, implementado y evaluado. Esta evaluación de su contenido en programas nos permite hacer propuestas para mejorar y adecuar la implementación del modelo y la medición de sus logros, a través de indicadores claves (Gobierno de México. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, 2019).

Hay diversos actores que deben de participar en este cambio de modelo de salud. Uno de ellos lo constituyen las universidades, que tienen funciones de formación de recursos humanos e investi-

gación. Se parte de una investigación diagnóstica para identificar la salud de la población con mayores rezagos y con las mayores brechas en salud, y a partir de aquí realizar una priorización y contenidos para su atención. Esta función se realiza en el territorio, para ubicar las unidades de salud en las regiones prioritarias, en donde se deben de ofertar servicios de salud, de acuerdo con su perfil epidemiológico.

Desarrollo

Existen avances en los contenidos de la atención primaria de la salud de acuerdo a cambios en su enfoque ampliamente difundidos por los organismos internacionales liderados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo cual ha originado avances en la organización y atención a la salud de manera institucional e independiente por diversas comunidades universitarias, organizaciones y diversas colectividades.

En la última reunión para evaluar a la APS por la OMS, realizada en Alma-Ata, se propuso reforzar la capacidad y las infraestructuras de la atención primaria, priorizando las funciones esenciales de salud pública y dando preferencia a la promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención a las necesidades sanitarias de todas las personas a lo largo del curso de la vida. Para atender a sus necesidades se incluyó una variedad de servicios y cuidados, como la vacunación; cribados; prevención, control y tratamiento de enfermedades transmisibles y no transmisibles; sobre todo, encaminados a la salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente; la salud mental y la salud sexual y reproductiva (OMS y UNICEF, 2018, p. 10). Estos servicios son responsabilidad del Estado, el cual debe de garantizar su acceso efectivo y gratuito.

La implementación del enfoque de APS en México se planteó como una política central de Estado de la salud y se le dio el nombre de APS-I Mx (Secretaría de Salud del Gobierno de México, 2019). Se propuso la implementación del Modelo llamado MAS-Bienestar para las personas sin seguridad social. Este modelo del Gobierno actual plantea como estrategia englobar y amplificar los

trabajos de actores y acciones que se encuentran destinados para la atención de la salud, mediante el uso de los bienes e insumos necesarios para diagnosticar y tratar los padecimientos de salud (Secretaría de Gobernación, 2022).

El modelo MAS-Bienestar es parte constitutiva del Programa Estratégico de Salud para el Bienestar de la Población implementado por la Federación en todo el país y se fundamenta en los principios y la práctica de la APS. Es la base para la transformación de los modelos de atención en las entidades federativas y debe de armonizarse con los modelos de atención a la salud de las instituciones de seguridad social, para ser un sistema de salud que nos lleve hacia la universalización de los servicios de salud en el país.

Este modelo plantea iniciar desde el primer contacto del sistema de salud con la persona, para la prevención y promoción para conservar la salud de las personas y, cuando la condición de salud lo requiere, continuar con la atención asistencial ambulatoria primaria, según la especialización de la atención necesitada, dentro del marco de la APS-I Mx (Secretaría de Salud del Gobierno de México, 2019).

El modelo descrito propone la atención primaria a la salud por medio de capas o niveles de atención; está contenido en el modelo MAS-Bienestar creado y publicado en el DOF (Secretaría de Gobernación, 2022).

Para la capa de atención ambulatoria primaria (primer nivel de atención) se establece la articulación en el distrito de salud y se consideran desde las unidades médicas móviles, todos los centros de salud y los centros de salud con servicios ampliados, las unidades de primer contacto con las personas, familias y comunidades. La atención comunitaria que junto con la atención ambulatoria (primaria y de especialidad) solventa del 80 % al 85 % de la problemática de salud (Gobierno de México. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, 2019).

Una capa de atención hospitalaria. La demanda de atención de hospitalización (básica o de especialidad) atiende al 15 % de la población. Para la implementación de servicios más complejos es conveniente agrupar poblaciones para obtener una demanda de servicios constante por parte de la población, que permita un mayor beneficio de las inversiones. Lo anterior requiere una oferta

de servicios hospitalarios en ubicaciones estratégicas que cumplan con los criterios de población requeridos, para ser eficientes en el sistema de salud actual. Por otra parte, los servicios de atención ambulatoria se vinculan con la hospitalización mediante la atención médica continua, una vez identificada la condición de salud de cada persona.

La atención de alta especialidad se enfoca al 3 % de los padecimientos de la población atendidos por el sistema de salud, para configurar un funcionamiento eficiente del tercer nivel de atención, el cual se logra con la regionalización de los servicios de salud considerando diversos factores para el desarrollo urbano. Se replantea la capa de las redes de atención que estén vinculados a su ubicación de estas unidades dentro de las regiones de salud, como se indica en el diagrama siguiente .

Para organizar y operar el modelo de APS-I Mx (Secretaría de Salud del Gobierno de México, 2019), propone como estructura organizacional a los distritos de salud (DS), los cuales coordinarán las acciones del APS en los territorios específicos y colectividades bajo su responsabilidad, atendiendo una población asignada de 300,000 habitantes, por lo que plantea ubicar a sus unidades de atención a la salud en el territorio donde las personas viven. Estas unidades de salud deben de funcionar con personal de salud integrado en equipos de trabajo que deben de incluir a personal médico, de enfermería y de promoción de la salud de distintas disciplinas.

El modelo se fundamenta en estrategias que articulen la atención de la persona a lo largo del sistema de salud, en quien se realizan actividades de atención personal, familiar y comunitario para el cuidado de su salud y el fortalecimiento de modos de vida saludables de la población, dentro de un marco de autorresponsabilidad. Se replantea la conceptualización del primer nivel de atención en México con un fortalecimiento del trabajo en equipo, con la participación de promotores de salud para una detección temprana de enfermedades y contención del envío de los pacientes hacia los siguientes niveles de atención más complejos.

Las acciones de salud requieren de actividades de educación, promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Esto requiere de la participación y organización comunitaria, que se realicen intervenciones para tener un

entorno saludable. Lo anterior se consigue realizando reuniones comunitarias para identificar los determinantes locales de salud y la propuesta de intervenciones que se realizan o gestionan ante las instancias correspondientes (Secretaría de Salud del Gobierno de México, 2019).

Es importante mencionar que para la implementación de este modelo de salud se han presentado retrasos relacionados con políticos opositores, problemas de adquisición de medicamentos, cambio de estructura organizacional de las propias instituciones involucradas, y la formación del personal de salud, entre otras causas. Al mismo tiempo, la llegada de la pandemia y las deficiencias existentes de un primer nivel de atención hicieron que su atención se centrara en los hospitales. También intervino la inadecuada conducción del INSABI, con la consecuente creación del modelo MAS-Bienestar conducido por el IMSS-Bienestar, lo cual retrasó la puesta en marcha de este modelo, que ya han firmado 23 gobiernos de los 32 existentes en el país.

En relación con los programas que debe de incluir la atención primaria de la salud, se pueden incluir los siguientes:

- Promoción de la salud. La promoción de la salud es una función fundamental en la APS para crear condiciones para que las personas cambien a un modo de vida saludable.
- Prevención de enfermedades. Es el proceso para reducir el riesgo de desarrollar una enfermedad con intervenciones en los factores de riesgo, como el tabaquismo, la obesidad, el ejercicio y un estilo de vida saludable.
- Atención curativa: Es el proceso de proporcionar tratamiento ambulatorio y hospitalario de las personas que ya tienen una enfermedad. La atención se centra en intervenciones para su diagnóstico oportuno, tratamiento, y rehabilitación y paliación.

En la revisión realizada encontramos propuestas como la de Rivera Dommarco y otros (2018), que considera a trece grupos de intervenciones esenciales, de las cuales incluye: Campos de acción, Políticas y Regulaciones, e Intervenciones en salud pública, comunidad, atención médica primaria y hospitales.

1. Intervenciones esenciales en salud reproductiva.

2. Intervenciones esenciales para la salud materna y del recién nacido.
3. Intervenciones esenciales para la salud del niño.
4. Intervenciones esenciales para niños en edad escolar.
5. Intervenciones esenciales para adolescentes.
6. Intervenciones esenciales para adultos mayores.
7. Intervenciones esenciales para prevenir enfermedades cardiovasculares y respiratorias.
8. Intervenciones esenciales para padecimientos crónicos.
9. Intervenciones esenciales contra el cáncer.
10. Intervenciones esenciales para trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias.
11. Intervenciones esenciales para infecciones de transmisión sexual.
12. Intervenciones esenciales para enfermedades tropicales desatendidas.
13. Intervenciones esenciales para discapacidad.

Por otra parte, la OMS, en su libro (OMS, 2020), propone intervenciones de prevención y control para reducir factores de riesgo de exposición con enfoques para modificación de riesgos individuales y tratamiento de enfermedades no transmisibles, desde el enfoque de la atención primaria de la salud. Propone que el manejo de estas enfermedades incluya a la detección, tamizaje y tratamiento y acceso con aprovisionamiento de la atención paliativa de personas que lo requieran. La OMS propone y presenta un Paquete Esencial de Intervenciones de Enfermedades No Transmisibles.

El Modelo de Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar) incluye acciones de atención a las personas como los determinantes sociales y los de salud colectiva. Los servicios con acciones poblacionales e individuales para promover la salud, prevenir y controlar las enfermedades, prestar atención a la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, cuidados paliativos y rehabilitación), así como los servicios de salud individual y colectiva que constituyen intervenciones de salud pública que buscan tener algún efecto sobre las condiciones sociales, económicas, comerciales, culturales y políticas que afectan la salud de las poblaciones, en su conjunto, representan los brazos operativos de la transformación en el sistema de

salud, los cuales se soportan en la atención primaria de salud (DOF, 2022). Estos servicios tienen tres pilares fundamentales:

1. Servicios de salud integrados con énfasis en la atención primaria y las funciones esenciales de la salud pública.
2. Política y acción multisectorial.
3. Personas y comunidades empoderadas.

Por otra parte, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud plantea 22 Programas de Acción Específicos (PAE 2020-2024) (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2022) como guía para la instrumentación y evaluación de estrategias, acciones e intervenciones propias de cada programa en el país. Los programas planteados son los siguientes:

1. Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024.
2. Atención a la Salud de la Adolescencia 2020-2024.
3. Atención a la Salud de la Infancia 2020-2024.
4. Vacunación Universal 2020-2024.
5. Salud Mental y Adicciones.
6. Emergencias en Salud.
7. Vigilancia en Salud Pública por Laboratorio.
8. VIH y otras ITS.
9. Virus de la Hepatitis C.
10. Acceso Universal a Sangre, Hemocomponentes y Células Troncales Hematopoyéticas Seguros.
11. Atención al Envejecimiento.
12. Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas Agudas.
13. Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas (Neumonías, Influenza y COVID-19).
14. Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Crónicas.
15. Enfermedades Cardiometabólicas.
16. Prevención y Control del Cáncer.
17. Prevención y Control de las Enfermedades Bucales.
18. Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores e Intoxicación por Veneno de Artrópodos.
19. Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud.
20. Prevención y Control de las Micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra).

21. Programa de Prevención de Accidentes, Lesiones y Seguridad Vial.
22. Programa de Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes.

Para un mayor impacto, los programas propuestos deben de implementarse a lo largo de la vida, y de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población y su territorio. Es claro que la población mexicana presenta un mosaico cultural con diversos padecimientos a lo largo y ancho del país, y que su perfil epidemiológico se encuentra asociado a determinantes sociales y ambientales específicos. Estos determinantes requieren de la intervención de políticas públicas para regular la comercialización de productos dañinos para la salud de la población. Pero también requiere de medidas locales para intervenir en los determinantes locales, en las que la población en conjunto con los trabajadores de la salud, deberán de intervenir ante las instancias correspondientes para gestionar la solución de problemas específicos en su territorio, que sean factores riesgo a la salud de la población.

Con el propósito de identificar los determinantes de la salud locales y realizar intervenciones y evaluar su impacto, se requiere que el personal de salud esté capacitado en la realización de Dx de salud o ASIS que incluya los DSS, las FESP y la APS, y en la priorización de los problemas de la mano con la población. Por otra parte, se requiere que las escuelas y facultades de Medicina cuenten con docentes capacitados en los mismos temas relacionados con el Dx de salud, y los DSS y las competencias en las funciones esenciales de la salud pública, para poder realizar prácticas en las comunidades y en sus unidades de salud.

Lo anterior se puede implementar como plan piloto en los llamados centros modélicos, que sirvan de capacitación e investigación del impacto de las intervenciones a través de los contenidos de los programas de salud colectiva y de atención médica, lo cual permitirá hacer adecuaciones de las intervenciones en sus distintos programas para mejorar la salud y el bienestar de la población.

Conclusiones y propuestas

Si bien hay grandes avances en el sistema de atención a la salud en México, es importante detectar espacios de mejora para proporcionar servicios de atención integrada y continua con calidad e impacto a la salud y bienestar de la población, pero se requiere que el personal de salud tenga una capacitación adecuada en el nuevo modelo de salud, en los determinantes sociales de la salud y en las competencias en las funciones esenciales de salud pública.

El enfoque de la atención primaria a la salud del actual modelo de atención se fundamenta en la gobernanza y en el liderazgo basados en las funciones esenciales de la salud pública renovadas, orientadas a implementar estrategias de intervención en los determinantes sociales de la salud, por lo que se requiere diferenciar las acciones dirigidas a los determinantes socioambientales de la salud pública y las acciones dirigidas a la salud poblacional.

Se requiere de una alineación de las competencias de las APS y las FESP a nivel comunitario para identificar las intervenciones y el personal que las debe de realizar.

Se deben identificar y alinear las acciones de salud pública dirigidas al ambiente y las que se dirigen a las colectividades con acciones de promoción y prevención de enfermedades.

Es importante capacitar a los docentes de las universidades formadoras de recursos humanos en las FESP y evaluar su impacto en la resolución de problemas de salud de la población a nivel local.

Establecer centros piloto académicos o centros modélicos en las comunidades para evaluar la implementación de estas estrategias que ayuden a mejorar el modelo de APS en todo el país, con sus adecuaciones de acuerdo al perfil epidemiológico poblacional.

Bibliografía

Gobierno de México. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (2019). *Atención primaria de salud integral e integrada: La propuesta metodológica y operativa*. México: Secretaría de Salud.

- OMS (2020). *WHO. Package of essential noncommunicable disease interventions for Primary Health Care*. Ginebra: OMS.
- OMS y UNICEF (2018). Declaración de Astaná. *Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible* (p. 10). Astaná: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (20 de diciembre de 2007). *La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*. Washington D. C., Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de https://www3.paho.org/els/dmdocuments/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf
- Rivera Dommarco, J., Pérez Cuevas, R., Reyes Morales, H., Lazcano Ponce, E., Alpuche Aranda, C., Shamay Levy, T., ... Meneses, A. (2018). *Salud pública y atención primaria. Bases del acceso efectivo a la salud de los mexicanos*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Secretaría de Gobernación (25 de octubre de 2022). *Diario Oficial de la Federación*. Obtenido de <https://www.dof.gob.mx>: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5675919&fecha=28/12/2022#gsc.tab=0
- Secretaría de Salud del Gobierno de México (noviembre de 2019). *Atención primaria de salud integral e integrada: la propuesta metodológica y operativa*. CDMX: Secretaría de Salud del Gobierno de México.
- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (3 de julio de 2022). *Gobierno de México*. Obtenido de <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifica#:~:text=Programas%20de%20Acci%C3%B3n%20Espec%C3%ADficos%202020%202024%20Subsecretar%C3%ADa,de%20Prevenci%C3%B3n%20y%20Promoci%C3%B3n%20de%20la%20Salud>

Capítulo 4

Relación de la salud pública con la atención primaria en salud

Jaime Salvador Moysén¹

Yolanda Martínez López²

Resumen

En el presente ensayo se realiza un análisis de los aspectos más importantes relacionados con una eficaz estructuración y funcionamiento de la atención primaria en salud (APS). Particularmente se subraya la relevancia de las funciones esenciales de la salud pública (FESP) y de la formación en recursos humanos en salud (FRHS) como componentes esenciales para una satisfactoria ins-

-
1. Jaime Salvador Moysén. Instituto de Investigación Científica-Universidad Juárez del Estado de Durango. Formación académica: Médico cirujano (UNAM), maestría en Investigación en Salud Pública (UAM), doctorado por Investigación en Medicina (UANL). Autor y coautor de 44 artículos en revistas nacionales e internacionales. Autor y coautor de doce capítulos de libros; coautor de un libro, editor y coeditor de cuatro libros del campo de la salud pública y neurodesarrollo. Profesor y coordinador de la Maestría en Salud Pública y Epidemiología (con registro en el SNP). Responsable del Cuerpo Académico en Consolidación: Salud Pública y Epidemiología. Investigador Nacional Nivel 1. Correo electrónico: jsmoysen@gmail.com. ORCID: 0000-0002-7739-8681.
 2. Yolanda Martínez López. Instituto de Investigación Científica-Universidad Juárez del Estado de Durango. Formación académica: Lic. en Enfermería y Obstetricia (UNAM), maestría en Ciencias de Salud Reproductiva (INSP), doctorado en Ciencias de Salud Pública (UDG). Autor y coautor de 39 artículos en revistas nacionales e internacionales. Autor y coautor de nueve capítulos de libros; coautor de un libro, editor y coeditor de tres libros del campo de la salud pública y neurodesarrollo. Profesora de la Maestría en Salud Pública y Epidemiología (con registro en el SNP). Integrante del Cuerpo Académico en Consolidación: Salud Pública y Epidemiología. Coordinadora de la Red Interuniversitaria de Salud Pública. Investigador Nacional Nivel 1. Correo electrónico: ymtzlopez@ujed.mx. ORCID: 0000-0002-2133-5905.

tauración de la APS en nuestro país. Se analiza la importancia de las dimensiones políticas, estratégicas y operativas que actualmente se reconocen en la salud pública como elementos fundamentales para su análisis y pleno ejercicio. Se describen los antecedentes de la APS, los cuales se remontan a las Declaraciones de Alma-Ata en el año 1978 y Astaná en 2018, conferencias mundiales en las cuales se establecen los principios y objetivos de la APS. En consideración a la relevancia que tienen las FESP y la FRHS para el cumplimiento de los propósitos de la APS, se realiza un breve análisis de ambos aspectos y se destaca la asimetría que existe en la formación de profesionales de las distintas disciplinas del campo de la salud, la cual privilegia la orientación individualizada, clínica y quirúrgica, al compararla con la formación orientada al campo de la salud pública; tal asimetría también se observa en la inversión realizada en infraestructura física, inversión que favorece la construcción de instituciones hospitalarias de 2.º y 3.º nivel de atención con poca inversión en centros de salud comunitario, los que representan el inicio de la cadena de atención de la APS y que, además, son las instancias de atención a la salud en las cuales pueden realizarse plenamente las acciones de las FESP orientadas al monitoreo, evaluación de la salud y vigilancia en salud pública. *Conclusiones.* La modificación de aspectos estructurales en los diferentes sectores relacionados con las condiciones de salud poblacional, tales como el sector salud, el educativo, así como la gestión de políticas públicas y políticas en salud orientadas al bienestar poblacional, representan una condición necesaria para una eficaz implantación de la APS.

Palabras clave: atención primaria de salud, salud pública, funciones esenciales de la salud pública, inequidad social.

Introducción

Existen suficientes trabajos publicados que prueban la relación estrecha que existe entre los objetivos que persiguen tanto la salud pública como la atención primaria en salud (APS), campos que también guardan una relación cercana con la formación de

recursos humanos en salud (FRHS); de tal suerte que para conocer la articulación que existe entre las acciones propias de la salud pública —constructo teórico-metodológico que sustenta sus actividades en las funciones esenciales de la salud pública (FESP)— con la atención primaria en salud (World Health Organization [WHO], 2018), compromiso internacional y piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal, es fundamental realizar un análisis, aunque sea breve, de los aspectos ya referidos y de la dinámica que se establece entre ellos.

El propósito de este ensayo es realizar un análisis específico de los aspectos de carácter general ya referidos previamente, y esclarecer en qué medida la instauración de una eficaz APS se relaciona con la formación de recursos humanos en salud, la infraestructura física de los servicios de salud y el conocimiento de las FESP que tiene el personal de salud en las diferentes instancias de atención.

Desarrollo

Para establecer la relación entre la salud pública y la atención primaria es importante mencionar las dimensiones que en la actualidad se le reconocen a la salud pública; si la considerásemos como el espacio a través del cual se establecen las relaciones de la comunidad con los activos sociales para la conservación de la salud, estaríamos englobando, de manera sucinta, la gran complejidad que ofrece para su estudio, análisis y ejercicio.

Se han dado numerosas definiciones de la salud pública, reconociéndose la establecida por Winslow hace una centuria como una de las primeras y de la cual se conservan hasta la actualidad algunos de sus elementos definitorios más importantes (Starfield *et al.*, 2004).

La definición de salud pública, declarada por el Ministerio de Sanidad (2022) del Gobierno español, señala lo siguiente:

La salud pública es el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones Públicas con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad, así como para proteger, promover y recuperar la salud de personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones

sanitarias, sectoriales y transversales. Estas actuaciones deben responder a los principales problemas de salud de la población que requieren un abordaje integral, bien por su elevada prevalencia o por suponer una mayor carga asistencial, familiar, social y económica. Integrar estas actuaciones en una Estrategia de Salud Pública es una necesidad social que hasta ahora no había sido abordada en nuestro territorio.

- La dimensión política que se le otorga es a partir del reconocimiento de que la salud es un derecho humano fundamental, y que para ser tutelado y garantizado es indispensable contar con un marco jurídico normativo que hace necesaria la comprensión de procesos demográficos, psicosociales, culturales, políticos, económicos, y no solamente los procesos biológicos a los que se circunscribe la mayoría de las decisiones en el sector salud.
- La dimensión estratégica que despliega comprende el diseño de un modelo sistémico nacional de integración, vinculación, coordinación sectorial e interinstitucional, que le permita el cumplimiento de la normativa, mediante las funciones esenciales de la salud pública.
- La dimensión operativa que desarrolla es la provisión de servicios de atención médica, bajo un esquema de atención progresiva de acuerdo con la complejidad de la necesidad de salud, y servicios de atención colectiva, dirigida al individuo, la familia y la comunidad.

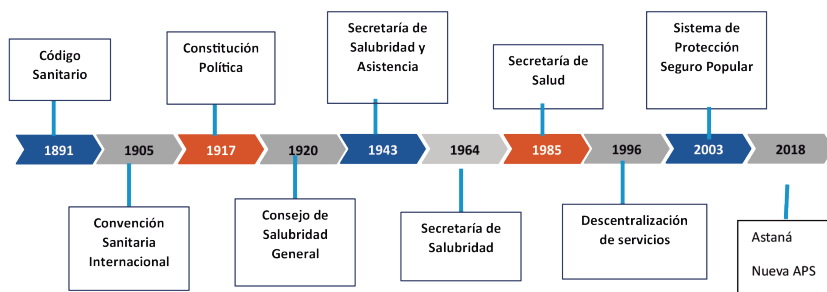
Por la importancia de sus funciones esenciales, la salud pública requiere un amplio espectro de elementos constitutivos, que le permitan cumplir con sus objetivos desde un ámbito suprasectorial hasta el individual. Es el campo de conocimiento que se configura con la aportación de múltiples disciplinas, cuyo capital cognitivo, ético, metodológico y logístico le permite diseñar un modelo integral que incorpore a la APS como el campo operativo que articula las acciones orientadas a la comunidad para atender las necesidades del grupo familiar, escolar o laboral, así como las acciones orientadas a los individuos, para atender sus necesidades de salud. Las necesidades por atender serán las relacionadas con el mantenimiento de la salud y, si se presentara un problema o una patología, será mediante los recursos del primer nivel de atención, por ser el segmento basal de la estructura dedicada a la atención

de la enfermedad, desde entidades patológicas sencillas, hasta las de gran complejidad. La salud pública tendría así la capacidad de reorientar el sistema integral de salud y dejar de ser un espacio marginado de la estructura hospitalaria (Segura, 2018).

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos está consignado el derecho a la salud como derecho fundamental, en el Artículo 4.º tiene un carácter prestacional por representar obligaciones que deben cumplir los poderes públicos (UNAM, 2013).

El recorrido que la sociedad mexicana ha transitado para llegar a esta condición no ha sido ni corto ni sencillo, como se resume en la figura 1, de línea de tiempo, a partir de 1891:

Figura 1



Fuente: Elaboración propia.

El Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos fue expedido en 1891 por el Consejo Superior de Salubridad, con la participación de médicos, abogados, veterinarios y otros profesionales, lo que fue ampliamente reconocido en convenciones internacionales de salud (Quijano, 1983).

En 1905, en la Segunda Convención Sanitaria Internacional de Repúblicas Americanas, se refiere que la Junta de Fideicomisarios de la Convención de Farmacéuticos de los Estados Unidos ha publicado *Farmacopea de los Estados Unidos*. Se resuelve “Que se someta dicha farmacopea a los respectivos Gobiernos con el objeto de adoptar una farmacopea internacional para las Repúblicas Americanas” (PAHO, 1905).

En 1917, con la promulgación de la Nueva Constitución, se legisla, en los Artículos 37 fracción XVI, las facultades del Consejo de Salubridad General, y en el 123 lo relacionado con la salud de los trabajadores. Se reconoce a la insalubridad como la compañera de la ignorancia y la miseria y asociada a las altas tasas de mortalidad general e infantil (DOF, 1917).

Con la reorganización del Consejo de Salubridad General, en 1920 se incorporaron acciones de educación sanitaria a la población, a cargo de enfermeras visitadoras, quienes ampliaron actividades a la aplicación de vacunas, con un índice de una enfermera visitadora por cada 5,000 habitantes, con especial interés por la higiene infantil, materna y escolar (Pérez, 1983).

La Secretaría de Salubridad y Asistencia se creó el 15 de octubre de 1943, a partir de ese año se desarrolló el Plan de Construcción de Hospitales, donde se destaca la construcción de hospitales de alta especialidad, ahora institutos nacionales de salud, y los pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social. En 1964 se formalizó la separación de la Subsecretaría de Salubridad y la de Asistencia, y es en 1985 que la Secretaría de Salubridad y Asistencia se transformó en Secretaría de Salud.

En un análisis de la legislación en salud, el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM (2013) publica lo siguiente:

La legislación secundaria en materia de derecho a la salud tiene un carácter más bien orgánico, referido más a las entidades públicas que deben prestar los servicios de salud que a los ciudadanos que son sujetos de ese derecho. Como sucede con buena parte de los ordenamientos secundarios que regulan los derechos sociales fundamentales, la legislación en materia de salud no configura verdaderas prerrogativas de los ciudadanos exigibles a los poderes públicos.

Las características de la creación y evolución del sistema de salud en México pueden explicar esta insuficiencia en la condición jurídica, debido a que el sistema de salud nació agregando componentes estructurales que podrían haberse armonizado si los objetivos se hubiesen planteado pensando en los ciudadanos y no en las condiciones de adscripción laboral, que fue lo que determinó el establecimiento de normativas, asignación presupuestal, dotación de estructura hospitalaria, provisión de servicios y asignación de personal.

Todo esto dejó como resultado un sistema que en realidad no es integral, por lo contrario, es segmentado y en ocasiones inconexo. Las consecuencias de esta realidad se pueden apreciar en la dificultad para cumplir con la dimensión estratégica de la salud pública, desde la que se diseña la concertación con los sectores públicos, que tienen como punto central de su labor el bienestar y desarrollo de la sociedad y, por lo tanto, se esperaría que los esfuerzos se sumaran de manera natural, sin embargo, la segmentación del sistema de salud dificulta la coordinación al interior del mismo sector salud, agregando barreras y obstáculos para la vinculación. La Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas fue creada por ley el 21 de mayo de 2003.

Salud en todas las políticas se recibió como una propuesta esperanzadora de que se lograría la acción concertada entre diversos sectores de la política social, de manera que la población recibiría los beneficios de las acciones que se realizaran, desde las secretarías de Educación, Economía, Agricultura, Seguridad y otras, con el propósito de contribuir de manera indirecta a un mejor estado de salud. El resultado fue muy pobre y en algunos casos negativo, debido a que no se destinó presupuesto, personal ni marco operativo para la coordinación intersectorial, además de que, lamentablemente, se entendió que la beneficiaria sería la institución de salud y no la población.

Una mención especial merece la condición de los grupos vulnerables, con pobreza multidimensional, quienes tienen desfavorables condiciones de vida y su organización tradicional y proceso identitario se ve amenazado permanentemente. Los pueblos originarios distribuidos en el territorio nacional han vivido el proceso de atender su salud con diferencias de la población general.

Es importante revisar los antecedentes de mayor relevancia en la organización de la tarea que el Estado ha realizado para la protección de estos colectivos. Adscrito a la Presidencia de la República y sustentado en el Artículo 2.º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en 1948 fue creado el Instituto Nacional Indigenista, 44 años después pasó a la Secretaría de Educación Pública, en 1992. Su principal propósito fue “orientar, coordinar, promover, apoyar, fomentar, dar seguimiento y evaluar los programas, proyectos, estrategias y acciones públicas para el

desarrollo integral y sustentable de los pueblos y comunidades indígenas...”.

Uno de los instrumentos creados por el Ejecutivo Federal en 1977 fue la Coordinación General del Plan de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR); el presupuesto asignado a este programa fue muy superior a lo autorizado en años anteriores. En un ejercicio sin precedentes de organización, planeación, supervisión y participación comunitaria, se desarrollaron programas específicos del área de salud, abasto de básicos y agua potable, capacitación y empleo, vías de comunicación y educación, entre otros. La unidad funcional-operativa lo constituyó el centro coordinador indigenista: fueron unidades en las que se logró el trabajo interdisciplinario, entre profesionales de distintos campos del conocimiento y las comunidades; se encontraban enclavados en zonas específicas de asentamientos de pueblos originarios.

De los proyectos destacados, se pueden mencionar los orientados a la atención primaria a la salud, titulación de bienes comunales, programas agrícolas, autogestión de créditos financieros, educación, mejoramiento de la vivienda, rescate y preservación de las culturas y pequeñas industrias de productos artesanales, entre otros. Resulta fácil identificar la orientación de fomento y desarrollo comunitario, lo que podría explicar la respuesta de participación de los colectivos, ante la diversidad e integralidad de los abordajes de los determinantes sociales del bienestar (DOF, 2018).

El 25 de septiembre de 1990 se emitió el decreto promulgatorio del convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado en la ciudad de Ginebra, Suiza, el día 27 del mes de junio del año 1989. El convenio consta de diez partes y de 40 artículos; la Parte V. Seguridad social y Salud, consigna los artículos 24 y 25. Estos artículos no tienen un carácter prestacional, no representan obligaciones que deban cumplir los poderes públicos. Como ejemplo, se menciona el apartado 2 del Art. 25. “Los servicios de salud deberán organizarse en la medida de lo posible, a nivel comunitario...”.

El Manual General de Organización de la Comisión Nacional para el Desarrollo de Pueblos Indígenas se emitió en enero de 2018. La Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas fue creada por ley el 21 de mayo de 2003.

Como parte del Programa Sectorial 2020-2024, la Secretaría de Salud (2022) actualizó la Política Nacional de Medicina Tradicional Indígena Mexicana, marcando un giro sustancial en el reconocimiento de la cosmovisión de los pueblos originarios. Brinda una plataforma normativa que permite la presencia en el ámbito legislativo, institucional y presupuestal que había sido difícil recuperar, a partir de 2003, después de haberse abrogado la ley que creó el Instituto Nacional Indigenista (DOF, 2018). Esta Política actualizada considera a la medicina tradicional indígena mexicana como

un conjunto de sistemas de atención a la salud de origen en las regiones culturales mesoamericana y árido americana, que tienen sus raíces en la cosmovisión indígena (concepción-interpretación íntima del mundo) y en conocimientos profundos sobre la salud y la enfermedad que los diferentes pueblos originarios de nuestro país han acumulado [...] conocimientos, habilidades y destrezas, desarrollados para describir-entender-abordar-atender el proceso “salud-enfermedad-vida-muerte” y que cuentan con una eficacia terapéutica fundamentada en las propiedades medicinales de las plantas, animales silvestres, minerales, en aportes fisiológicos del masaje tradicional a nivel musculo-esquelético y sistémico, estrategias para la salud mental y emocional, aportes del modelo de partería tradicional, y del temazcal, para la circulación, vías respiratorias, la piel y el sistema reproductivo.

Las estrategias generales de la Política incluyen: a) Servicio, b) Enseñanza, c) Marco legal, y además, d) Investigación. Las estrategias específicas listan las siguientes: 1. Herbolaria tradicional, 2. Partería indígena tradicional, 3. Masaje tradicional, 4. Temazcal, y 5. Atención tradicional de la salud mental. Si bien las modalidades de los procedimientos estarán seleccionados en el marco de las características culturales del grupo, se tomarán en cuenta los siguientes principios: que sean afines a la cultura; por la importancia de la personalidad del curandero o líder ceremonial, y por la sugestión terapéutica. La característica de resiliencia de los integrantes de pueblos originarios hizo posible continuar en la defensa de su identidad, cultura y tradiciones. Después de un periodo de gran incertidumbre en la relación de las comunidades indígenas con el Estado, se avizora un cambio importante, por la posibilidad de avance en la gestión jurídica, programática, presupuestal administrativa y operativa del proceso de reconocimiento

de la medicina tradicional como Sistema Cultural de Atención a la Salud (Secretaría de Salud, 2022).

Para el diseño y puesta en marcha de las diferentes estrategias de trabajo, en el campo específico de la salud pública en su vertiente comunitaria ha sido necesario contender con el enfoque curativo y medicalizado que se instala y generaliza en prácticamente todo el orbe, se han tenido momentos de definiciones como resultado del reconocimiento de los acontecimientos nacionales e internacionales.

La evolución que se ha observado en la práctica de la salud pública en las dos últimas centurias es realmente impresionante, ya que ha transitado de medidas sanitarias ambientales básicas, como redes de drenaje, alcantarillado y sistemas sanitarios —que en su momento fueron lo único con lo que se contaba para prevenir procesos epidémicos—, hasta una práctica de la salud pública con un sólido sustento científico.

La posibilidad de identificar los agentes responsables de enfermedades infecciosas con el empleo del microscopio, de explicar las lesiones que originan síntomas y tener alternativas terapéuticas, farmacológicas o quirúrgicas, que resuelvan problemas en corto tiempo y de manera exitosa, además de confirmar la importancia de buscar “la causa”, se pensó que era innecesario dedicar esfuerzos, recursos y reflexión a otros abordajes o acciones complementarias que no contaban con la contundencia científica, o que requerían tiempo prolongado para obtener la opinión de otros profesionales o la participación de la comunidad, en la búsqueda de soluciones de problemas que ya no era urgente prevenir, cuando se tenía posibilidad de controlar, una vez que aparecieran (Oyarzún, 2022).

Lo anterior incentivó la incorporación del desarrollo alcanzado en el campo de las ciencias relacionadas con la salud; en particular, los avances en la microbiología, la infectología y la epidemiología, que han posibilitado la emergencia de nuevos abordajes analíticos, los cuales han favorecido el surgimiento de nuevas medidas preventivas altamente eficaces, sustentadas en paradigmas teórico/metodológicos que surgieron en la segunda mitad del siglo XX y en el siglo XXI, paradigmas que han robustecido el abordaje multidisciplinario de los problemas de salud

pública; como un ejemplo de estos nuevos enfoques y particularmente de la eco-epidemiología, hay que referir a Mervin Susser & Zena Stein (2009) y Bizouarn (2016).

También es importante señalar que históricamente se ha documentado la importancia de las condiciones socioeconómicas de grupos poblacionales desfavorecidos, que se han asociado con una mayor vulnerabilidad para la ocurrencia de enfermedades de diferente naturaleza (Jaquelyn *et al.*, 2023).

Estos hechos han influido decisivamente para la incorporación de las ciencias políticas, económicas y sociales, como campos teóricos imprescindibles para una mejor comprensión, abordaje y resolución de los problemas de salud pública que actualmente enfrentamos a nivel planetario (Kalache *et al.*, 2002; Eshetu *et al.*, 2011; Agniel *et al.*, 2023). En consideración a este punto, Michael Marmot (2010) ha subrayado la importancia del gradiente social como un factor que determina la mayor vulnerabilidad de los grupos poblacionales que se ubican en una posición social desfavorable, asimismo, plantea que las acciones sobre las desigualdades en salud requieren de medidas que incluyan todos los determinantes sociales de la salud, con carácter universal y con una escala e intensidad proporcional al nivel de desventaja social.

Entre las diferentes aportaciones teórico/metodológicas de importancia crucial, para realizar eficazmente las acciones de la salud pública, hay que referir a las funciones esenciales de la salud pública (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020).

Con referencia a las FESP, los Estados miembros de la OPS acordaron en el año 2000 promover un marco conceptual y metodológico de la salud pública y de sus funciones esenciales en las Américas con la finalidad de robustecer la función rectora de las autoridades de salud en materia de salud pública. De tal forma que en el año 2002 la OPS presentó la primera versión conceptual y metodológica de las FESP para la región de las Américas (OPS, 2002), las cuales se organizaron en las siguientes categorías:

I. Evaluación

FESP 1: Monitoreo y evaluación de la salud y bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y desempeño de los sistemas de salud.

FESP 2: La vigilancia en salud pública, control y gestión de los riesgos para la salud y emergencias.

FESP 3: Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en salud.

II. Desarrollo de políticas

FESP 4: Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población.

FESP 5: Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia.

III. Asignación de recursos

FESP 6: Desarrollo de recursos humanos para la salud.

FESP 7: Regulación y fiscalización del acceso y la calidad de medicamentos y otras tecnologías de salud.

FESP 8: Financiamiento de la salud eficiente y equitativo.

IV. Acceso

FESP 9: Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad.

FESP 10: Acceso equitativo a intervenciones de promoción de la salud, que buscan cambiar factores contextuales que afectan la salud.

FESP 11: Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud.

A partir de estos antecedentes y de la incorporación del marco conceptual de los determinantes sociales de la salud que han favorecido la mejor comprensión de los procesos relacionados con las causas de enfermedades, ha surgido la necesidad de ampliar la

perspectiva y alcances de la salud pública, de tal suerte de incorporar otras actividades, actores del Estado y de la sociedad civil. Aunque los objetivos de la salud pública siguen siendo los mismos, sigue vigente el reto de traducir operativamente sus principios conceptuales en acciones prácticas que sean útiles y se inserten dentro de la estrategia de la APS. Lo anterior justifica plenamente la ampliación del campo de acción de las FESP, que aporte un sólido sustento teórico/metodológico que posibilite y oriente la formulación de políticas que consideren no solo la participación del sector salud, sino de otros sectores de carácter social, económico y político, que incidan en las condiciones de salud poblacional.

La atención primaria en salud (APS) se ha definido de la siguiente manera:

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 la gente 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 (WHO & UNICEF, 2018).

Los antecedentes de la APS se ubican en la Declaración de Alma-Ata en el año 1978, y la de Astaná en 2018, conferencias mundiales en las cuales se establece el compromiso político e institucional realizado por distintos jefes de Estado y ministros de numerosos países para lograr la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

La Declaración de Alma-Ata fue bien recibida por todos los países integrantes de la OMS, sin embargo, la complejidad de los procesos económicos, políticos y organizacionales, tanto en el contexto nacional como en el internacional, hizo evidentes las brechas que debían atenderse para la puesta en marcha de tan ambiciosa propuesta, cuyo sustento eran la justicia social y la equidad (WHO, 1978).

La respuesta escéptica por parte de algunos países desarrollados, que orientaban sus sistemas de salud con enfoque más curativo que preventivo, la insuficiencia de recursos financieros de los menos desarrollados y la interpretación del mensaje “Salud para

todos en el año 2000” como meta programática más que como un compromiso social con sentido ético y filosófico, entre otros factores, condujeron a modelos distintos, con cargas presupuestales y operativas diferenciadas entre los componentes de la APS.

Décadas después de la Declaración de Alma-Ata, el nombre de la ciudad había cambiado por Almaty, pero las condiciones de salud en los países firmantes de la Declaración seguía siendo desigual. Las trayectorias y los resultados de los modelos de APS han sido sometidos a análisis y evaluación, con el propósito de identificar los elementos que han impedido la consecución de los objetivos, y en otros casos, los elementos que han favorecido el éxito.

Las evidencias que apuntalan la pertinencia, eficiencia y eficacia de la APS se han acumulado lo suficiente como para asegurar que los países que han reorganizado sus sistemas de salud con orientación comunitaria y misión preventiva, que atienden las necesidades de salud y no solo los episodios de enfermedad, alcanzan mejores niveles de salud, a menor costo. Una interesante consideración es que en los países en los que los servicios de salud descansan en financiamiento externo, se debilita la rectoría y responsabilidad del Estado para garantizar la salud de la población (Rawaf, Maeseneer & Starfield, 2008).

En la Declaración de Astaná realizada en el año 2018 se expresa lo siguiente;

Aspiramos a:

Gobiernos y sociedades que den prioridad a la salud y bienestar de las personas, y los promuevan y protejan, tanto a nivel poblacional como individual, mediante sistemas de salud sólidos;

Atención primaria de salud y servicios de salud de gran calidad, seguros, integrales, integrados, accesibles, disponibles y asequibles para todos y en todas partes, prestados con compasión, respeto y dignidad por profesionales de la salud bien formados, competentes, motivados y comprometidos;

Entornos propicios y favorables para la salud en los que las personas y comunidades estén empoderadas y colaboren en el mantenimiento y mejora de su salud y bienestar;

Asociados y partes interesadas alineadas en la prestación de apoyo efectivo a las políticas, estrategias y planes de salud nacionales.

Los atributos que Starfield (2004) reconoce de la APS son:

Esenciales

1. Primer contacto: Representa el punto de encuentro entre las personas y el sistema de salud.
2. Continuidad: La persona recibe, a través del tiempo, la atención necesaria para resolver la necesidad de salud.
3. Extensión: Además de la solución a la necesidad que demanda la atención, se otorgan intervenciones de tipo preventivo.
4. Coordinación: La APS debe estar coordinada con el resto de ámbitos asistenciales, para favorecer el recorrido exitoso del receptor de acciones de salud en distintos escenarios institucionales.

Secundarios

- a. Enfoque familiar: Se reconoce a la familia como el grupo social, por su centralidad en la línea de vida del individuo.
- b. Orientación comunitaria: El entorno social, cultural y económico al que pertenece el individuo se convierte en el escenario desde el que se identifiquen los determinantes de la salud y en el que sea posible integrar acciones para modificarlos.
- c. Competencia cultural: La diversidad étnica, educativa y cultural de los integrantes de la comunidad marca la necesidad de adecuar respetuosamente las acciones de salud, para favorecer su participación.

Puede apreciarse, por lo anteriormente descrito, que el desarrollo teórico/metodológico del campo de la salud pública y de las FESP se caracteriza por su rigurosidad y solidez (OPS, 2017, 2019). También es importante referir la claridad de los principios y objetivos de la APS, y, no obstante esta claridad, en nuestro país aún no se establece, aunque su factibilidad en términos de infraestructura física, recursos financieros y recursos humanos lo posibilite. Pue-

den plantearse algunas explicaciones hipotéticas para esta situación, las cuales se describen brevemente:

Prevalece la inversión para la construcción de instituciones hospitalarias de 2.º y 3.º nivel de atención (Salvador-Moysén *et al.*, 2021), aportándose recursos financieros insuficientes para fortalecer la infraestructura de centros comunitarios que representan el inicio de la cadena de atención de la APS y que además son las instancias de atención a la salud en las cuales pueden realizarse plenamente acciones de las FESP orientadas al monitoreo y evaluación de la salud y bienestar, la vigilancia en salud pública, control y gestión de los riesgos para la salud y emergencias, promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en salud, por citar algunas. El fortalecimiento de instituciones hospitalarias de 2.º y 3.º nivel de atención se relaciona directamente con la formación de recursos humanos en salud, que en nuestro país sigue privilegiando las especialidades clínicas y quirúrgicas, observándose una asimetría cuando se compara con la formación en recursos humanos del campo de la salud pública (Suárez *et al.*, 2023).

De no resolverse este desequilibrio, lo mismo en inversión de infraestructura física que en la formación de recursos humanos en salud, será difícil cumplir con los propósitos de la APS (OPS, 2014).

La marcada asimetría entre la financiación de la salud pública y la atención clínica podría explicarse parcialmente, dado que el carácter del problema que resuelven son diferentes, por el tiempo que se requiere para percibir sus resultados y la falta de medición de su impacto. Masters *et al.* (2017), preocupados por un inminente recorte presupuestal para la salud pública en Inglaterra, realizaron una revisión sistemática del rendimiento financiero de las intervenciones en salud pública en el Reino Unido, Este de Europa, Estados Unidos, Canadá, Japón, Australia y Nueva Zelanda, países con altos ingresos y alta cobertura en salud. Los indicadores de evaluación económica que utilizaron les permitieron medir el beneficio de algunas intervenciones contra los costos totales de su provisión, mediante las cifras de: relación costo-beneficio (CBR, beneficio dividido por el costo), retorno de inversión (ROI, beneficio menos el costo, expresado como proporción del costo) (tabla 1).

Tabla 1

Retorno de inversión de programas de salud pública, general, y estratificados por nivel y tipo de intervención

	ROI Mediana	ROI Rango	CBR Mediana	CBR Rango
General	14.3	-21.3 a 221	8.3	0.7 a 29.4
Nivel local	4.1	0.9 a 19.3	10.3	0.9 a 23.6
Nivel nacional	27.2	-21.3 a 221	17	1.2 a 167
Tipo de Intervención				
Protección de salud	34.2	0.7 a 221	41.8	1.1 a 167

Fuente: Modificado de Masters *et al.* (2017).

Si bien el rango de las medianas es amplio, la cifra puntual del ROI es de 14.3 para el grupo de todas las intervenciones de salud pública, lo que se traduce de la siguiente manera: de la inversión que se realice, podrá esperarse una devolución en efectivo de 1,430 %. Por la diversidad de acciones en los escenarios locales, el ROI es de 4.1, mientras que a nivel nacional llega a ser de 27.2. Es de particular interés mencionar el alto valor medio del retorno de la inversión que se observa en acciones de protección de salud, entre las que se incluye la vacunación, con cifras de devolución en efectivo de hasta 3,420 %.

El resultado de este análisis nos habla de que recortar el presupuesto que se destina a las acciones de salud pública puede pensarse que es un ahorro, debido a que no se perciben cambios inmediatos en la condición de salud de la población, sin embargo, una vez transcurrido el tiempo, la consecuencia de haber suspendido, aun parcialmente, las acciones de protección o de promoción de la salud, se reflejará en el incremento de riesgo o de daño que solo podrán ser controlados con un gasto excesivo, por tardío y cuantioso.

Starfield y colaboradores (2018) refieren que existen cinco deficiencias comunes en el proceso de prestación de asistencia sanitaria que, de estar presentes de manera sincrónica, puede representar un escenario de riesgo inesperado. Estas deficiencias son responsabilidad de los esquemas de prestación de los servicios, de aspectos procedimentales en las unidades de salud o de la combi-

nación de los dos: a) *Cuidado inverso*. Las personas que utilizan más los servicios de salud son quienes cuentan con mayores recursos y habitualmente sus necesidades de atención son menores que las de aquellas personas sin recurso y condición de salud desfavorable. b) *Atención empobrecedora*. El gasto de bolsillo al que acuden quienes no tienen protección social; pueden llegar a sufrir gastos catastróficos. c) *Atención fragmentada*. La solicitud y proveeduría de atención altamente especializada o de emergencia rompe con la posibilidad de atención integral y continua. d) *Atención insegura*. Los bajos índices de calidad, particularmente el incumplimiento de normas de higiene y seguridad en las unidades de salud, se relacionan con el incremento en las tasas de infecciones asociadas a la atención, caídas, errores en la ministración de medicamentos, entre otros. e) *Atención mal dirigida*. No obstante a que se tiene información del beneficio de invertir en programas preventivos, la mayor carga presupuestal se destina a las acciones curativas.

Es importante preguntar si aun con los recursos existentes en nuestro país en infraestructura física y recursos humanos en salud existe entre estos una vinculación que se traduzca en la eficaz realización de las diferentes acciones de las FESP. Posiblemente la respuesta sea negativa, debido a que las FESP representan un constructo teórico/metodológico que en términos generales solo es conocido por personal de salud que se desempeña en el plano comunitario o administrativo de los servicios de salud. Lo anterior significa la necesidad de difundir las FESP a todo el personal que labora en el sector salud, e ir incorporando progresivamente a otro tipo de personal, como el que labora en el sector educativo, en consideración a la necesidad de la participación de otros sectores sociales para alcanzar las metas de la APS.

Se observa una falta de integración ordenada y sistemática de las diferentes actividades de las FESP, en la práctica salubrista en nuestro país. La APS aún no es una realidad, lo cual obedece a los distintos aspectos ya analizados y también debido a la segmentación y fragmentación de los servicios de salud que dificultan la coordinación de actividades, lo mismo de carácter salubrista que de atención médica.

La modificación de aspectos estructurales en las diferentes dimensiones relacionadas con las condiciones de salud poblacional, tales

como el sector salud, el educativo, así como las políticas públicas y las políticas en salud, representan una condición necesaria para una eficaz estructuración y funcionamiento de la APS (OPS, 2014).

El mayor reto para adoptar el enfoque de la renovada APS en México es establecer la concordancia conceptual, estratégica y operativa entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible, las funciones esenciales de la salud pública y el elemento articulador que ofrece la APS. El primer obstáculo es la segmentación de la población por su derechohabencia ligada a la condición laboral, el modelo MAS-Bienestar que en estos momentos se encuentra en marcha afronta dificultades derivadas de la insuficiencia estructural, presupuestal, y el grave debilitamiento del rol de rectoría, liderazgo e independencia del que está saliendo la Secretaría de Salud, por la construcción artificial de un mecanismo paralelo de decisiones en salud auspiciado por el esquema de financiamiento del Seguro Popular.

Derivado de la mala interpretación que se ha hecho del término de APS, algunos países que la han integrado como componente de la estructura de su sistema de salud la colocan en el primer peldaño del recorrido que el individuo enfermo debe hacer al interior de la organización, para recibir la atención que le permita restablecer su salud, creando una confusión acerca de los límites de la APS y los del primer nivel de atención (Pasarín, 2008). La relación que marca el ritmo de las acciones es la que el sistema sanitario establece con un individuo y con su enfermedad, circunscribiendo el compromiso, duración y suficiencia de la atención a los cambios que se observan en el plazo corto y que, probablemente, el beneficio desaparezca también en el corto plazo.

La capacidad que se espera de la APS, de armonizar y equilibrar la participación de los tres niveles de atención, por ser el punto en el que se inicia el trayecto de la atención clínica y el punto al que debería retornar para el seguimiento una vez recibidos los servicios especializados, difícilmente se puede lograr si el que transita es el individuo con la etiqueta de enfermo, dejando a la familia, el entorno laboral y comunitario excluidos del proceso.

La orientación comunitaria es uno de los atributos de la APS, en el terreno de la planeación de los modelos de salud se considera uno de los ejes estratégicos alrededor del cual se articulan abor-

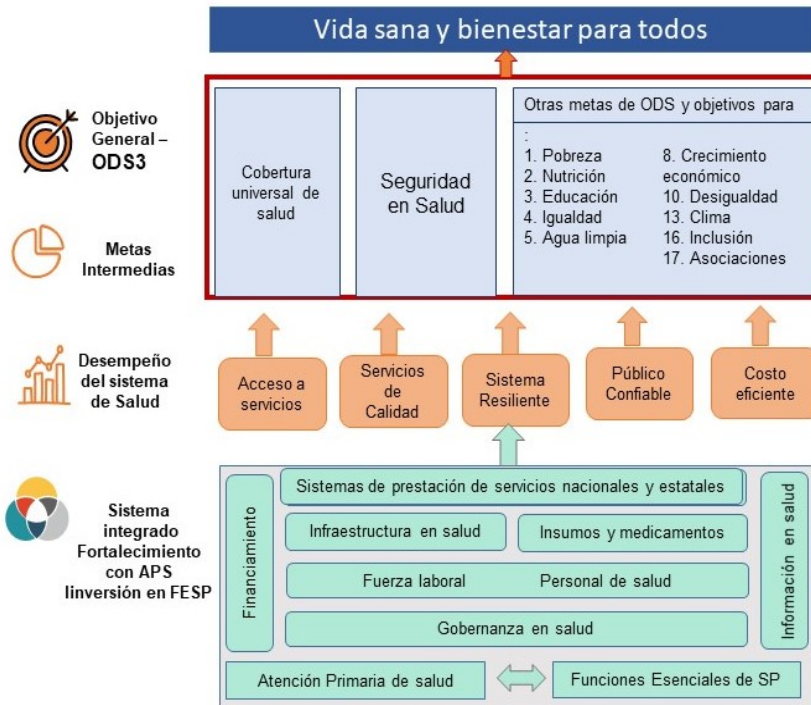
dajes diversos, siempre con el reconocimiento de la complejidad que representa la existencia del grupo de personas con intereses comunes, problemas compartidos, diversas estrategias de solución a sus problemas, y que para lograr la salud del grupo se requiere un enfoque integral e integrador que le confiera a la salud de la comunidad un carácter propio, más allá de la suma o resta de la salud de cada uno de sus integrantes, aceptando también que es la comunidad el espacio mínimo desde el cual pueden ser materializadas las políticas dirigidas al bienestar social.

El indicador de que la APS tiene orientación comunitaria debería ser la constante participación de los integrantes de la comunidad en el diseño y operación de las acciones que se consideren necesarias, convenientes y oportunas para modificar las condiciones que determinan positiva o negativamente la salud del grupo, lo que será posible siempre que estas acciones tengan concordancia con las necesidades del colectivo y no para cumplir con la solicitud de organización obligada para recibir atención de salud.

La Organización Mundial de la Salud ha recopilado los ejercicios de evaluación del desempeño de varios países miembros y ha puesto a disposición de los interesados los documentos que orientan el nuevo enfoque, con el compromiso compartido de avanzar en el cumplimiento de los compromisos de la APS, de las FESP y la Agenda 20-30. La figura 2 resume la interacción de los tres componentes.

Figura 2

Enfoque para el fortalecimiento de la atención primaria de salud y las funciones esenciales de salud pública, sistemas de salud, para la cobertura sanitaria universal, la seguridad sanitaria y poblaciones más sanas



Fuente: Modificado de WHO (2024), "Application of the essential public health functions: an integrated and comprehensive approach to public health".

Desde la perspectiva de la APS, es la persona, su familia, el grupo social del que proviene y el lugar en el que vive y trabaja, lo que se convierte en el centro y la razón de las acciones de atención de salud. Mencionar a "la persona" como el protagonista es para enfatizar que será atendido por su condición de ciudadanía, por ser sujeto de derecho, del derecho fundamental de la salud y con el interés de que se mantenga saludable, en todas las etapas de la vida. El personal de salud asignado a las tareas de APS, en el cumplimiento de las FESP, tendrá la oportunidad de identificar cambios tempranos en las condiciones relacionadas con la salud del

entorno, la familia o la persona. Decidirá entonces si se requiere una específica intervención de protección, de diagnóstico, terapéutico, de rehabilitación o paliativa. Dependiendo del equipamiento, la capacidad resolutoria de la unidad de salud y la fluidez en el entramado de la red integrada a la que tiene acceso, estará en oportunidad de brindarle la atención que requiera, sin tener que referirlo al segundo o tercer nivel de atención. Una vez que se controle la fase aguda del padecimiento y se instale un plan de alta hospitalaria, si esto hubiese sido necesario, dará continuidad al esquema de seguimiento, que, gracias a los registros digitalizados, le facilitará la comunicación.

Conclusiones

La atención primaria en salud, estrategia crucial para alcanzar el 3.^{er} Objetivo de Desarrollo Sostenible, aún no es una realidad en nuestro país. Existen distintas explicaciones que pueden justificar esta situación; entre las más relevantes hay que referir las siguientes:

- La fragmentación de origen histórico de las instituciones de salud en México ha representado un obstáculo difícil de superar para la concertación institucional de acciones de salud de diferente naturaleza.
- La emergencia de diferentes propuestas y programas de atención y participación comunitaria se han caracterizado por su diversidad, fragmentación y pérdida de los propósitos de participación comunitaria con los cuales iniciaron; por ejemplo, el Programa IMSS-COPLAMAR.
- El desequilibrio que se observa al comparar la inversión destinada a la construcción de instituciones de 2.^o y 3.^{er} nivel de atención y la destinada a los centros comunitarios de primer nivel de atención, que representan el punto de inicio de la APS.
- El desconocimiento de los conceptos fundamentales de la salud pública y de las FESP del personal que labora en las distintas instituciones del sector salud.

- Las características estructurales de los servicios de salud, tales como la segmentación y fragmentación de estos, que dificultan planear actividades coordinadas y alcanzar objetivos comunes. Las modificaciones estructurales ya referidas de los servicios de salud, así como la formulación de políticas públicas y en salud que favorezcan la APS, así como el equilibrio en la asignación de recursos financieros para la construcción de centros comunitarios de 1.^{er} nivel de atención, de manera conjunta con el incremento de la formación de recursos humanos en el campo de la salud pública, deben considerarse etapas necesarias para alcanzar una satisfactoria y eficaz instauración de la APS en nuestro país.

Bibliografía

- Agniel, D., Cabrereros, I., Damberg, Ch., Elliott, Marc N., & Rogers, R. (2023). A Formal Framework for Incorporating Equity into Health Care Quality Measurement. *Health Affairs*, 42, No. 10: 1383-1391. <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2022.01483>
- Bizouarn, Ph. (2016). L'éco épidémiologie. Vers une épidémiologie de la complexité. *médecine/sciences*, 32: 500-505. <https://doi.org/10.1051/medsci/20163205018>
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2003). *Cuadernos de legislación Indígena. Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes*.
- Eshetu, E. B., & Woldesenbet, S. A. (2011). Are there particular social determinants of health for the world's poorest countries? *Afr Health Sci*, mar, 11(1): 108-115. <https://europemc.org/article/PMC/3092326>
- Jahn, J., Zubizarreta, D., Chen, J., Needham, B., et al. (2023). Legislating Inequity: Structural Racism in Groups of State Laws and Associations with Premature Mortality Rate. *Health Affairs*, 42, No. 10: 1325-1333. DOI: 10.1377/hlthaff.2023.00471; <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2023.00471>
- Kalache, A., Aboderin, I., & Hoskins, I. (2002). Compression of morbidity and active ageing: Key priorities for public health policy in the 21st century. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(3): 243-244. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2567740/>

- Marmot, M. (2010). Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010. <https://www.parliament.uk/globalassets/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf>
- Masters, R., Anwar, E., Collins, B., *et al.* (2017). Return on investment of public health interventions: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 0: 1-8. DOI:10.1136/jech-2016-208141
- Ministerio de Sanidad (2022). *Estrategia de salud pública 2022. Mejorando la salud y el bienestar de la población*. Madrid, España. NIPO en línea: 133-22-153-8. https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Publica_2022.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.^{er} Consejo Directivo. Washington, D. C., EE. UU., CD53/5, Rev.2. 2. <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-para-acceso-universal-salud-cobertura-universal-salud>
- (2017). Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030. 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.^a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D. C., EE. UU., del 25 al 29 de septiembre de 2017. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030.pdf
- (2019). Pacto 30 30 30. APS para la salud universal. Washington, D. C., EE. UU. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53926>
- (2019). *Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel*. Edición revisada. Washington, D. C., OPS. ISBN: 978-92-75-32077-8, e-ISBN: 978-92-75-32078-5. Recuperado el 16 de octubre de 2023, de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778_spa.pdf
- Oyarzún, R. (2022). Sistemas de salud basados en las personas y sus comunidades: las posibilidades filosóficas y las preguntas antropológicas. En: *Sistemas y servicios centrados en las personas y la comunidad*. Artaza, O. y Méndez, C. (eds.). Colección Austral Universitaria de Ciencias de la Salud. Chile. <https://www.researchgate.net/publication/358595455>
- PAHO (1908). Sumario de las resoluciones adoptadas por las Convenciones Sanitarias Internacionales Primera, Segunda y Tercera. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/30675>
- (2002). *La Salud Pública en las Américas*. Washington, D. C. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/42858/9275315892_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- (2020). Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Washington, D. C. Una Renovación para el siglo XXI.

- Marco conceptual y descripción. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/42858/9275315892_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pérez, L. (1983). Relato de acontecimientos sobresalientes en la Secretaría de Salubridad y Asistencia 1943-1983. *Salud Pública de México*, Vol. 25, No. 5. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/584/572>
- Rawaf, S., Maeseneer, J., & Starfield, B. (2008). From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *Lancet*, Vol. 372. https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/starfield/Star%7E%20Article_FromAlmaAtatoAlmaty.pdf
- Salvador-Moysén, J., Martínez-López, Y., & Alfaro-Alfaro, N. (2021). Desafíos socioepidemiológicos y de la atención primaria durante la pandemia de COVID-19: La realidad mexicana. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 8: 102-10. DOI: 10.24875/RMF.21000068
- Secretaría de Salud (2022). Política Nacional de Medicina Tradicional Indígena Mexicana. Documento preliminar. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/765987/Pol_tica_Nacional_de_Medicina_Tradicional_Ind_gena_Mexicana_-SUB.pdf; http://www.revmedicinafamiliar.org/files/rmmf_21_8_3_102-110.pdf
- Segura, A. (2018). El sistema sanitario, la atención primaria y la salud pública. *Aten Primaria*, 50(7): 388-389. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656717307321>
- Starfield, B. (2000). Annual North American Primary Care Research Group Conference, NAPCRG 2000, held at Amelia Island, Florida, USA. *British Journal of General Practice*, 2001, 51: 303-309.
- (2008). The Barbara Starfield collection. Global Family Doctor. <https://www.globalfamilydoctor.com/internationalissues/barbarastarfield.aspx>
- Starfield, B., Sevilla, F., Aube, D., Bergeron, P., Maeseneer, J., Hjortdahl, P., Lumpkin, J., Martínez, J., & Sarria-Santamera, A. (2004). Atención primaria y responsabilidades de salud pública en seis países de Europa y América del Norte: un estudio piloto. *Revista Española de Salud Pública*, 78(1): 17-26. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000100003&lng=es&tlng=
- Suárez, J., Listovsky, G., Magaña, L., Duré, M., García, J., & van Olphen, M. (2023). Competencias esenciales para la docencia en salud pública: marco regional para las Américas. *Rev Panam Salud Pública*, 47: e137. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.137>
- Susser, M., & Stein, Z. (2009). Choosing a Future for Epidemiology: II. From Black Box to Chinese Boxes and Eco-Epidemiology. En: *Eras In Epidemiology*. Oxford University Press, pp. 316-325.

- UNAM (2013). *El Derecho a la Salud*. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3274/3.pdf>
- Valderas, J., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C., & Roland M. (2009). Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. *The Annals of Family Medicine*, (4): 357-363. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.983>
- WHO (2008). *The world health report: primary health care now more than ever*. World Health Organization. <https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/starfield/PHC%20now%20more%20than%20ever.pdf>
- (2018). Declaration of Astana. *Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>
- (2024). Application of the essential public health functions: an integrated and comprehensive approach to public health. Ginebra: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240088306>
- World Health Organization and the United Nations Children's Fund (2018). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. *Technical Series on Primary Health*. Ginebra: 1-61. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.15>

Capítulo 5

Una nueva vigilancia en salud pública para la atención primaria de salud

José Luis Vázquez Castellanos¹

Igor Martín Ramos Herrera²

Resumen

En este capítulo se realiza un análisis de los diferentes enfoques de la vigilancia de la salud y sus implicaciones dentro del Sistema Nacional de Salud Pública (SNSP). Se hace un recuento de la evolución de los sistemas de vigilancia de enfermedades infecto-contagiosas a los nuevos enfoques que han ampliado su campo a otro tipo de condiciones de la salud, como son las enfermedades crónicas y el cáncer. Se examinan dos personajes que se pueden considerar precursores de los sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) y de salud pública (SVSP) en Estados Unidos y en México. Los SVE son mecanismos de apoyo dentro del SNSP y se conforman de un grupo de elementos para desarrollar actividades relacionadas al registro, recolección, análisis y difusión de la información que son útiles para la determinación de necesidades en salud y el diseño de políticas públicas. Paralelo a los cambios sociales y económicos y cambios en el perfil epidemiológico de

-
1. Médico epidemiólogo, doctor en Ciencias de la Salud, profesor investigador titular, Instituto Regional de Investigación Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Correo electrónico: luisvazmx@yahoo.com.mx. ORCID: 0000-0002-7874-9746.
 2. Médico cirujano y doctor en Innovación Educativa, profesor investigador titular, Instituto Regional de Investigación Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, miembro del Sistema Nacional de Investigadores de CONAHCYT, México. ORCID: 0000-0001-9425-2126.

las poblaciones, los SVE han evolucionado hacia SVSP basados en un concepto más amplio e integral, alineándose a las funciones esenciales de la salud pública y a los determinantes sociales de la salud. Se propone un nuevo enfoque transdisciplinar e inclusivo donde se integren indicadores socioeconómicos, culturales y de salud ambiental que permita ampliar su campo de aplicación hacia la atención primaria de salud.

Palabras clave: atención primaria de salud; vigilancia epidemiológica; vigilancia en salud pública; vigilancia de la situación de salud.

Introducción

Los sistemas de vigilancia de las enfermedades han evolucionado desde la vigilancia sanitaria en los puertos hasta la vigilancia epidemiológica y en salud pública, sin embargo, ante los retos de la globalización, el cambio climático, las migraciones y otros, como los cambios en los patrones de consumo, se requiere de una adecuación de los sistemas de vigilancia. Lo anterior resulta relevante dado que también deben ser incluidos como mecanismos de apoyo dentro del sistema de salud desde el primer nivel de atención. La atención primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario, y actúa como un filtro y una llave para la integración con los otros niveles de atención. Por lo anterior, es deseable que tenga la mejor accesibilidad, que los servicios proporcionados sean integrales, oportunos y altamente resolutivos, a la vez de estar cercanos a la comunidad. Cuando estos servicios de primer contacto se brindan con calidad van a tener un impacto positivo en la salud de la población, ya que reducen la demanda de servicios de urgencia y evitan hospitalizaciones, reduciendo así el costo de la atención.

Los servicios de salud pública, por tanto, tienen como parte de sus acciones la responsabilidad de medir el estado de salud de la población, promover su cuidado y atención, realizar vigilancia epidemiológica, prevenir las enfermedades y lesiones, proteger la salud ante riesgos y amenazas, y responder ante desastres (Instituto Nacional de Salud Pública, 2018).

Dentro de este esquema, contar con un buen sistema de vigilancia epidemiológica (SVE) resulta un componente básico dentro de la estrategia para la prevención y control de enfermedades, además de que es de mucha utilidad para focalizar los recursos del sistema de salud y para evaluar el impacto y efectividad de los programas de promoción de la salud y preventivos a través de sistemas de información a nivel nacional, estatal y local. Otra función muy importante que tienen los SVE es la de proporcionar información que es básica para la realización del diagnóstico de salud poblacional y, por tanto, como instrumento para la determinación de necesidades en salud, la planeación, el desarrollo de políticas de salud y prestación de servicios. “Un buen SVE no garantiza necesariamente la toma correcta de decisiones, pero reduce la posibilidad de las incorrectas” (CDC).

Precusores de la vigilancia en salud pública

Alexander D. Langmuir (Santa Monica, 1910-Baltimore, 1993) ha sido llamado “el padre de la epidemiología de campo” (*shoe leather epidemiology*). En 1949 es nombrado como primer director de la Oficina de Epidemiología en los centros para el control de enfermedades de Atlanta, GO en Estados Unidos (CDC), donde en 1951 establece el Servicio de Inteligencia Epidemiológica (EIS). Langmuir tuvo un rol relevante en el programa para la eliminación de la poliomielitis en Estados Unidos y en la construcción del sistema de vigilancia epidemiológica de ese país. Escribió extensamente sobre diversos campos de la epidemiología, pero sobre todo enfocándose a la vigilancia de las enfermedades de mayor trascendencia. Fue profesor de la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins desde 1988 hasta su fallecimiento en 1993 (Thacker, 1996; Brachman, 1996).

En México, los antecedentes de la vigilancia epidemiológica se dan a partir del siglo XIX (1833-1917) con la vigilancia en puertos marítimos de las enfermedades llamadas cuarentenables, principalmente la fiebre amarilla que era un gran peligro por su fácil introducción a través de las embarcaciones. En 1894 surge el pri-

mer Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, donde se dictan medidas de vigilancia y control para ciertos padecimientos como el tifo exantemático y la malaria. Entre 1880 y 1917 se edita el *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, órgano de difusión en el que se informaba sobre los avances en investigaciones de epidemias y enfermedades, y estadísticas de mortalidad, así como de las actividades que el Consejo desempeñaba. Un hito relevante para la VE lo fue en 1923 la eliminación de la fiebre amarilla urbana, mientras que en 1942 se establece la Dirección General de Epidemiología y Endemiología, que en 1953 se convierte en la Dirección General de Epidemiología y Campañas Sanitarias; dos años más tarde (1955) se establece la Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo.

Un personaje relevante como precursor de la salud pública en México fue el doctor Miguel E. Bustamante Vasconcelos (Oaxaca, 1898-Ciudad de México, 1986), quien estudió en la Escuela Nacional de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, titulándose en 1925. Al igual que Langmuir, realizó estudios de posgrado en la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins (1928), siendo el primer mexicano que obtuvo un doctorado en Salud Pública. Fundó, organizó y dirigió los Servicios Coordinados de Salubridad y de Asistencia en 1929-1935. Participó en la creación del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (1937) y dirigió ahí mismo el Laboratorio de Epidemiología y Bioestadística, fue secretario general de la Oficina Sanitaria Panamericana (1947-1956), se hizo cargo de los Servicios Sanitarios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (1958) e impulsó las campañas contra la viruela, el tifo, la tosferina, la uncinariasis, la poliomiелitis y el paludismo, habiéndose logrado erradicar el *Aedes aegypti* en 1962. El Dr. Bustamante desempeñó un importante rol en organismos encargados de normar la salud pública internacional. Durante casi una década fue secretario general de la Oficina Sanitaria Panamericana y fue uno de los cinco miembros de la comisión mexicana que participó en la constitución de la Organización Mundial de la Salud (Lozano, 2016).

Los sistemas de vigilancia en epidemiología y en salud pública

La evolución del concepto de salud de un enfoque de enfermedad a uno más amplio de determinantes de salud, y los cambios

en las condiciones de salud y enfermedad a través del tiempo, han llevado a los sistemas de salud a ampliar la aplicación de la vigilancia de las enfermedades, ya no solo las infecciosas sino también las no transmisibles, las condiciones crónicas, salud mental y discapacidades. A esto se une que también se ha incluido la VE de los factores de riesgo y aún más de condiciones de salud positiva, tales como nutrición, crecimiento y desarrollo, lactancia materna, salud ocupacional y otros (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

La vigilancia, que durante mucho tiempo fue considerada una rama de la epidemiología, se ha desarrollado en las últimas décadas como una disciplina completa dentro de la salud pública, con su propio cuerpo de conocimientos, objetivos, metodología, fuentes de datos y evaluación de procedimientos (Declich & Carter, 1994). El principal propósito de la vigilancia epidemiológica es orientar la toma de decisiones y la planificación de estrategias de prevención y control. Dentro de los usos de la VE se establece que permite conocer la historia natural de las enfermedades, introducción o cambios de los gérmenes patógenos, así como el monitoreo y la descripción de los patrones de ocurrencia de las enfermedades endémicas, emergentes o reemergentes, también permite identificar los grupos más expuestos o susceptibles. El análisis de la información puede detectar cambios en la tendencia o distribución de los problemas de salud, la detección de brotes y epidemias. El análisis e interpretación de los datos de la vigilancia debe someterse a los límites de la oportunidad, el tiempo, la cobertura geográfica y número de individuos requeridos para que estos sean útiles (Buehler, 1998).

La vigilancia epidemiológica dentro del esquema de los servicios de salud pública (SP) se considera un mecanismo de apoyo para los programas médico-preventivos, por ejemplo, las coberturas de vacunación, la detección oportuna de cáncer cervicouterino, entre otros. El ejemplo más claro sobre la importancia de la vigilancia epidemiológica en los servicios de medicina preventiva lo encontramos en el logro de la erradicación de la poliomielitis en México (1990) y un año después en el continente americano, ya que se estableció un SVE modelo que fue oportuno, sensible, con cobertura total y que se complementó con una respuesta inme-

diata ante la presencia de casos probables detectados mediante una definición operacional, parálisis flácida aguda en menores de quince años (De la Fuente, 2002).

Los principales objetivos de un SVE consisten en identificar de manera oportuna situaciones de riesgo que afecten la salud de la población, actualizando el conocimiento del comportamiento y tendencias de las enfermedades en un área geográfica determinada. Además, identificar grupos vulnerables, así como los factores de riesgo en esa población (Teutsch & Churchill, 2000).

En el cuadro 1 se enumeran los elementos principales y las actividades que conforman un SVE.

Cuadro 1

Elementos y actividades en un sistema de vigilancia epidemiológica

Elementos de un SVE	Actividades dentro de un SVE
• Marco legal y regulatorio: Conjunto de leyes, normas y reglamentos que dan soporte político y económico al sistema. • Sistema de información: Procesos de recolección y procesamiento de la información. • Análisis de datos y toma de decisiones: se identifican grupos vulnerables, tendencias, diferencias geográficas, económicas o sociales, así como áreas de intervención que permitan tomar acciones oportunas para la prevención o el control de los riesgos y daños a la salud. • Supervisión y evaluación: Los procesos deben ser supervisados y evaluados de manera aleatoria en sus diferentes niveles. • Capacitación e incentivos: Todo el personal que interviene debe conocer el rol que desempeñan en el sistema. • Coordinación y colaboración efectiva: entre los actores de los diferentes niveles que permitan la adecuada toma de decisiones.	• Detección de casos, brotes y epidemias de interés. • Registro sistemático de datos. • Confirmación de casos y riesgos. • Comunicación oportuna de casos (sospechosos o confirmados) o riesgos identificados hacia los diferentes niveles de operación del sistema. • Análisis e interpretación periódica de datos. • Mecanismos de respuesta establecidos ante la presencia de casos. • Aplicación de manuales o guías de operación que incluya las intervenciones de prevención y control. • Difusión de la información y retroalimentación hacia las instituciones y actores involucrados.

Fuente: Navarro (2004).

Además de los elementos y actividades que se especifican cuando se diseña un SVE, este debe de tener ciertos atributos para que su operación sea lo más ágil y exitoso posible. De acuerdo al CDC, un sistema de VE debe tener los atributos que se muestran en el cuadro 2.

Cuadro 2

Atributos de un sistema de vigilancia epidemiológica

- Simplicidad en estructura y funcionamiento.
- Flexibilidad, capacidad de adaptarse a las demandas cambiantes de información en calidad y cantidad.
- Congruencia con las necesidades reales de información y las prioridades establecidas en las políticas de salud.
- Calidad de los datos y, por tanto, de la información.
- Aceptabilidad, participación activa de las personas e instituciones involucradas.
- Sensibilidad, capacidad de detectar casos, brotes y epidemias.
- Representatividad acerca de la población de la que proviene.
- Oportunidad, desde el registro, recolección, análisis y difusión de la información para la toma de decisiones.

Fuente: Teutsch & Thacker (1995).

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en México (SINAVE)

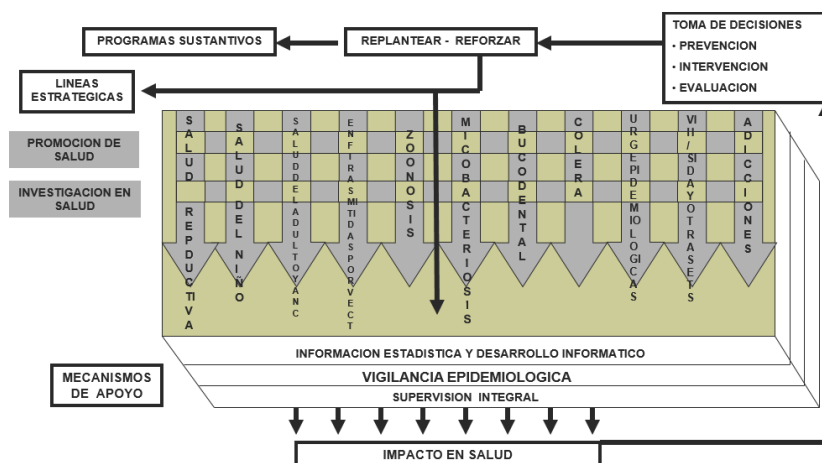
Si bien desde 1984 se había establecido un sistema de notificación y registro obligatorio de enfermedades para todas las instituciones públicas de salud, es en 1994 que se consolida lo que hoy es el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en México, en el cual participan de manera coordinada las diversas instituciones de salud, para llevar a cabo de manera oportuna y uniforme la vigilancia epidemiológica. Para ello, en 1995 y en base al acuerdo secretarial 130, fue creado un órgano normativo y de coordinación en el nivel nacional denominado Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE), con el propósito de unificar y homologar los criterios, procedimientos y contenidos de la VE en el país, además, se establecen las bases para el convenio de creación del Sistema Único de Información para la Vigilancia

Epidemiológica (SUIVE), el cual establece que todas las instituciones manejarán homogéneamente los padecimientos sujetos a vigilancia, con los mismos formatos de información y el flujo de esta del nivel local, al estatal y nacional.

La vigilancia epidemiológica, junto con la información estadística y los procesos de supervisión (figura 1), resulta ser un mecanismo de apoyo dentro del sistema nacional de salud que refuerza y complementa los otros componentes del sistema (Secretaría de Salud, 2000).

Figura 1

La vigilancia epidemiológica como mecanismo de apoyo en el sistema de salud



La Norma Oficial Mexicana 017 para la vigilancia epidemiológica (Gobierno de México, 1994) establece los lineamientos y procedimientos de operación del SINAVE, así como los criterios para la aplicación de la vigilancia epidemiológica en padecimientos, eventos y situaciones de emergencia que afectan o ponen en riesgo la salud humana. La información que proporciona el SUIVE parte de las unidades médicas y es un sistema automatizado para la vigilancia epidemiológica (SUAVE), que es un programa estadístico para la captura, concentración y análisis de la información. Los resultados del proceso de notificación semanal de casos nuevos se publican en

el *Boletín de Epidemiología*, medio oficial de difusión del CONAVE (NOM-017-SSA2-1994) (Tapia, Kuri, González & Sarti, 2001).

De la vigilancia epidemiológica a la vigilancia en salud pública

En 1970, los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) incorporan las enfermedades crónicas y los factores de riesgo en sus sistemas de vigilancia, al igual que otros países desarrollados. Conviene observar que la evolución del concepto de “vigilancia” ha venido ocurriendo dentro del proceso mayor de consolidación de la epidemiología moderna como disciplina básica de la salud pública. Dichos cambios, por tanto, se han visto influenciados en cierta medida por el cambio de paradigmas. En la práctica, el objeto bajo vigilancia se amplió de las enfermedades transmisibles a las no transmisibles, a ciertos factores de riesgo y a otras condiciones de interés para la salud pública. Así, bajo el actual modelo de determinantes de la salud, se considera que el término “vigilancia en salud pública” refleja más apropiadamente la visión integral necesaria para la puesta en práctica de la epidemiología en los servicios locales de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

En 1988, Thacker y Berkelman proponen formalmente el uso del término “vigilancia en salud pública” como alternativa al de “vigilancia epidemiológica”. Esto se vio reflejado en la nueva definición del CDC en 1992 que estableció que la vigilancia en salud pública es la recolección, análisis, interpretación y diseminación continua y sistemática de datos sobre la salud. El concepto de vigilancia en salud pública no incluye la administración de programas de prevención y control, aunque sí incluye un vínculo intencionado con tales programas (Thacker y Gregg, 1996). La vigilancia en salud pública tiene que ir acompañada de medidas para la prevención y el control de las enfermedades y de los riesgos para la salud, su meta es “información para la acción”. Para ello, requiere el reconocimiento de la autoridad sanitaria, capacidad ejecutiva y una presencia relevante del Estado (Declich & Carter, 1994).

Una definición de vigilancia de la salud pública (VSP) fue publicada en 2012 por la OMS como: “La vigilancia de la salud pública es la práctica sistemática de la recogida, análisis, interpretación y diseminación de datos de salud para la planificación, puesta en práctica y evaluación de las acciones de salud pública”. Esta busca alinearse, además de con las funciones esenciales de la

salud pública (FESP), con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los que, junto con los determinantes sociales de la salud, son las condiciones que influyen sobre el proceso de salud-enfermedad (World Health Organization, 2012).

Para la Organización Panamericana de la Salud, el concepto de salud pública en el que se basó la definición de las FESP fue el de “la intervención colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas”. Esta propuesta se articula a través de las once FESP, entendidas como “las condiciones estructurales y los elementos de desarrollo institucional que permiten un mejor desempeño del ejercicio de la salud pública” (Organización Panamericana de la Salud, 2002). El concepto moderno de VESP expande el de VE tradicional hacia otros campos que influyen en las condiciones de salud, por ejemplo: vigilancia demográfica, vigilancia de riesgos, vigilancia de los servicios de salud (Sepúlveda, 1994).

A la complejidad del panorama epidemiológico a escala global acompañan herramientas innovadoras para la nueva VE en SP, como el uso de los sistemas informáticos digitales y otros como los sistemas de información geográfica en salud (SIGS) para la estimación de la magnitud y extensión de áreas afectadas, pero sobre todo para la estratificación epidemiológica del riesgo en ciertos padecimientos y condiciones de salud (Castillo, 2017). Hay propuestas y experiencias para la utilización de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) aplicadas a un sistema de vigilancia epidemiológica con base comunitaria en las que se hace uso de las TIC para prevenir, alertar, supervisar y controlar la expansión de síndromes febriles en un área de salud utilizando la telefonía móvil para transformar la búsqueda rutinaria activa de casos febriles y también la utilización de tecnologías *web* y bases de datos para el registro de pacientes y su correspondiente seguimiento sanitario (Basogain *et al.*, 2010).

También se han propuesto enfoques donde se involucra la participación activa de la comunidad a través de la vigilancia epidemiológica basada en la comunidad (VEBC), la cual se define como “una estrategia para la participación comunitaria en salud, que articula los diferentes actores sociales a las acciones de la vigilancia epidemiológica y de salud pública que promueven el autocuidado de la

salud individual y colectiva” (Basogain *et al.*, 2010). La comunidad es la que identifica los riesgos y las alternativas de solución, convirtiéndose en actores sociales activos de su propia transformación y mantenimiento de la salud. La VEBC involucra a cada uno de los miembros de la comunidad y moviliza su corresponsabilidad en la construcción de los diagnósticos comunitarios de salud, en el análisis de la información, en la detección y notificación oportuna de los eventos de interés en salud pública (EISP) y en el establecimiento oportuno de medidas de control y/o alternativas de solución, como un equipo propositivo que construye acciones de cambio para el mejoramiento del estado de salud de su propia comunidad. La VEBC se realiza en tres etapas: 1. Sensibilización y organización comunitaria; 2. Capacitación, dirigida a líderes comunitarios; y 3. Operativización de la VEBC, en la que se definen los procedimientos (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Recientemente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud mejorando la capacitación del capital humano como estrategia de mejora de los mecanismos para la toma de decisiones, contemplando el intercambio de conocimientos y la adopción de metodologías de gestión del conocimiento para apoyar la implementación de las nuevas tecnologías. Los sistemas de información para la salud son un mecanismo de gestión de sistemas interoperables con datos abiertos que provienen de diferentes fuentes y que se utilizan éticamente, a través de herramientas TIC efectivas, para generar información estratégica en beneficio de la salud pública. Para lograr lo anterior se deben definir procesos para evaluar las tecnologías emergentes vinculadas a los macrodatos (*big data*), el aprendizaje automático, la inteligencia artificial, la *m-health* o salud móvil, entre otros (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

Conclusiones

Para superar el enfoque de vigilancia epidemiológica de enfermedades hacia un nuevo enfoque de atención primaria de salud a

través de la vigilancia en salud pública y de la situación de salud, es importante superar la visión antropocéntrica del modelo biomédico, incorporando la vigilancia de la salud animal y de la biodiversidad de los territorios de vida natural. Es necesario incorporar el enfoque transdisciplinar en el análisis y la VESP, a través de la formación e integración de los diferentes profesionales de la salud en el dominio tanto de la biomedicina como de lo epidemiológico, sociocultural y ecológico (Crocker & Vázquez, 2021), además de reforzar el conocimiento sobre la APS y la promoción de la salud de los estudiantes de la salud y de los profesionales sanitarios.

Asimismo, se deben ampliar y construir nuevos indicadores que permitan monitorear la realidad social a partir del modelo de determinantes sociales de la salud (DSS) de la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud. Los registros sanitarios, por tanto, deben de incluir variables socioeconómicas y culturales y las relacionadas con los DSS. Se deben de incluir en el análisis tanto indicadores de riesgo como de salud positiva, por ejemplo: factores de riesgo y daños para la salud, enfermedades emergentes, salud ambiental y ocupacional. Se pueden integrar subsistemas de VSP como la vigilancia nutricional y de higiene de los alimentos, o bien VE de la salud mental y del estrés psicosocial, así como llevar un registro de todas las acciones de promoción de la salud que realice el sistema de salud junto con las comunidades. Los métodos de investigación cualitativa resultan muy útiles para complementar el análisis de la situación de salud (Espelt, 2016).

Bibliografía

- Basogain, X., Olabe, M. A., Espinosa, K., Gómez, M. A., *et al.* (2010). Sistema de vigilancia epidemiológica comunitaria Bonis. Estado actual y proyecciones futuras. *Memorias del Instituto de Investigación Científica en Salud*. Vol. 8, no. 2.
- Brachman, P. S. (1996). Alexander Duncan Langmuir. *American Journal of Epidemiology*. Vol. 144, no. 8 suppl., pp. S74-S75.
- Buehler, J. W. (1998). Surveillance. En: K. J. Rothman & S. Greenland. *Modern epidemiology*. Segunda edición. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia.

- Castillo Salgado, C. (2017). Mapeo geoepidemiológico en la nueva vigilancia en salud pública. El caso de la malaria en Chiapas, México, en 2002. *Gaceta Médica de México*. Vol. 153, no. suppl., pp. S5-S12.
- Crocker, R. & Vázquez, J. L. (2021). La crisis en el abordaje epidemiológico a escala planetaria con énfasis en México. En: R. Crocker & I. Esperón (Coords). *Educación médica en un mundo en crisis*. Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina, A. C. (AMFEM), Ciudad de México.
- Declich, S. & Carter, A. O. (1994). Public health surveillance: historical origins, methods and evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*. Vol. 72, no. 2, pp. 285-304.
- De la Fuente, J. R., Tapia, C. R., & Lezana, M. A. (2002). *La información en Salud*. McGraw-Hill-Interamericana, Ciudad de México.
- Espelt, A., Continente, X., Domingo, S. A., et al. (2016). La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. *Gaceta Sanitaria*. Vol. 30, Suppl. 1, pp. 38-44. <https://gacetasanitaria.org/es-la-vigilancia-los-determinantes-sociales-articulo-S0213911116301017>
- Gobierno de México (1994). *NOM-017-SSA2-1994. Norma oficial mexicana para la vigilancia epidemiológica*. Ciudad de México.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2018). *Salud pública y atención primaria. Base del acceso efectivo a la salud de los mexicanos*. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mor. <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/4807-salud-publica-atencion-primaria.html>
- Lozano, R., & Tapia, C. R. (2016). *Miguel E. Bustamante. Un pilar de la salud pública moderna en México*. Editorial Clío/Fundación Carlos Slim/ Sociedad Mexicana de Salud Pública, Ciudad de México.
- Navarro, F. M. et al. (2004). *Vigilancia epidemiológica*. McGraw-Hill/Interamericana de España. Madrid.
- Organización Panamericana de la Salud (2002a). *Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades, MOPECE, Módulo 4, Vigilancia en Salud Pública*. OPS, Washington.
- (2002b). *La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. OPS, Washington, D. C. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/42858/9275315892spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- (2012). *Vigilancia epidemiológica basada en la comunidad. Una acción clave en la respuesta a las situaciones de emergencias y desastres*. OPS, Bogotá.
- (2022). *Los sistemas de información y la salud digital en la pandemia de COVID-19*. OPS, Washington, D. C. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52487>.

- Secretaría de Salud de México (2000). *Salud 2000: El Sistema de Vigilancia Epidemiológica*. Ciudad de México. <http://www.dgepi.salud.gob.mx/infoepi/manuales/SNVE/SINAVE.htm>
- Sepúlveda, J., López, M., Frenk, J., Gómez de León, J., Lezana, M. A., & Santos, C. (1994). Aspectos básicos de la vigilancia en salud pública para los años noventa. *Salud Pública de Méx.* Vol. 36, pp. 70-82.
- Tapia, C. R., Kuri, P., González, L., & Sarti, E. (2001). Evaluation and reform of Mexican national epidemiological surveillance system. *American Journal of Public Health*. Vol. 91, pp. 1758-1760.
- Thacker, S. B., & Berkelman, R. L. (1988). Public health surveillance in the United States. *Epidemiology Review*. Vol. 10, pp. 164-190. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6103a2.htm>
- Thacker, S. B., & Gregg, M. B. (1996). Implementing the concepts of William Farr: the contributions of Alexander D. Langmuir to Public Health Surveillance and Communications. *American Journal of Epidemiology*. Vol. 144, no. 8 suppl., pp. S23-S28.
- Teutsch, S. M., & Churchill, R. E. (2000). *Principles and practice of Public Health Surveillance*. 2.^a ed. Oxford University Press.
- Teutsch, S. M., & Thacker, S. B. (1995). Planificación de un Sistema de Vigilancia en Salud Pública. *Boletín Epidemiológico, Organización Panamericana de la Salud*, Vol. 16, no. 1.
- World Health Organization (2012). *Definition Public Health Surveillance*. WHO, Washington, D. C.

Segunda parte

Elementos educativos para el aprendizaje
de la atención primaria en salud

Capítulo 6

La educación interprofesional en atención primaria en salud

René Cristóbal Crocker Sagastume¹

Sandra Margarita Rubio Ávila²

Resumen

En el presente capítulo se abordan los elementos principales para la formación interprofesional para la atención primaria de la salud con el objetivo de reflexionar sobre su importancia en los *currícula* y en las prácticas educativas para mejorar los escenarios de aprendizaje en dirección de transformar el sistema de atención a la salud.

A partir del análisis del contexto socioeconómico, político, cultural y ecológico, se propone la formación interprofesional con un enfoque ecosistémico, socioambiental e intercultural en donde se priorice la innovación curricular a diseños flexibles construidos con perspectiva interprofesional con amplia participación social; la educación disruptiva inclusiva; la integración de la docencia, investigación y servicios de salud en los espacios sociales donde vive, estudia y trabaja la población; la gestión de calidad interpro-

-
1. Médico pediatra y doctor en Investigación Educativa Aplicada, profesor investigador titular, Instituto Regional de Investigación Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, miembro del Sistema Nacional de Investigadores de CONAHCYT, México, Nivel II. Coordina la Sección de Innovación de Sistemas de Atención de la Salud del Cuerpo Académico de la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina (AMFEM). Correo electrónico: recricrosa_7@hotmail.com.
 2. Doctora en Ciencias de la Salud Ocupacional, profesora del Sistema de Universidad Virtual de la Universidad de Guadalajara, miembro del Cuerpo Académico: Epidemiología, Cultura y Educación en Salud, Alimentación y Ambiente. Correo electrónico: sandra.rubio@udg.mx.

fesional de los programas educativos con énfasis en las prácticas de atención primaria en salud. Por último, se concluye que la educación interprofesional en atención primaria para la salud mejora la calidad de la atención en la promoción y la prevención, bajando los costos, y mejora el impacto de las acciones del equipo de salud con una mayor capacidad resolutive integrada.

Palabras clave: atención primaria en salud; aprendizaje ecosistémico; educación interprofesional; educación disruptiva intercultural.

Introducción

En el presente capítulo se analizan los elementos centrales para la formación interprofesional en atención primaria para la salud, con el objetivo de aportar innovaciones para la transformación curricular y prácticas educativas en las instituciones educativas en dirección de incidir en el sistema de atención a la salud de los países de América Latina.

Se analiza que, derivado de un contexto complejo generado por la crisis económico-política y cultural producida por la globalización neoliberal y el cambio climático planetario, crisis que ha sido agudizada por la pandemia de COVID-19, existen implicaciones para la atención a la salud y la formación de profesionales de la salud, lo que demanda de las instituciones educativas nuevas propuestas formativas interprofesionales sustentadas en el enfoque ecosistémico y socioambiental, la medicina académica y la educación disruptiva para abordar problemas complejos de salud en contextos multiculturales y democráticos de acuerdo a la situación particular de cada país (Acuña, 2021).

La complejidad de los problemas de salud demanda que la formación de los profesionales de la salud transite de la formación unidisciplinaria a la interdisciplinar y transdisciplinar, en donde las ciencias médicas, por su liderazgo histórico, desempeñen un rol de articulador de los campos profesionales, actualmente dispersos (Parra, 2022).

En conclusión, en el presente capítulo se aborda cómo el contexto complejo generado por los cambios económicos, sociales, políticos, ambientales y culturales, agudizados por el COVID-19, demandan innovaciones en la formación interprofesional en las instituciones de educación superior.

Desarrollo

Las tendencias de la educación interprofesional en ciencias de la salud, ante los nuevos retos del contexto complejo que enfrentan las instituciones formadoras de profesionales de la salud, se pueden abordar en cinco ejes conceptuales y de innovación, como elementos para formular propuestas en dirección de acercar los procesos formativos a las políticas de atención a la salud con énfasis en la atención primaria en salud; estos son; a) El enfoque ecosistémico y socioambiental en la formación; b) El desarrollo de universidades del conocimiento en instituciones democráticas; c) La educación disruptiva intercultural; d) La educación interprofesional en atención primaria de la salud y; e) La internacionalización de los procesos formativos, aspectos que se desarrollan a continuación.

La problemática para la educación interprofesional en ciencias de la salud en un contexto complejo

El contexto social, político, ecológico, cultural y educativo en el entorno internacional y regional para la educación interprofesional en ciencias de la salud está hegemonizado por la globalización neoliberal y el cambio climático planetario a escala general.

A escala particular, los factores que condicionan la formación interprofesional en ciencias de la salud son: a) La concepción de salud, dominada por un enfoque biologicista unicausal; b) El modelo de atención a la salud, que se implementa con énfasis en la prevención de riesgos y limitación del daño o enfermedades; c) El modelo de formación de profesionales de la salud de tipo

flexneriano biomédico con *curricula* rígidas y el modelo de investigación en salud en donde prevalece la visión positivista y de abordaje disciplinares.

Bases conceptuales de la educación interprofesional en atención primaria en salud

El enfoque ecosistémico y socioambiental en la formación de profesionales de salud surge como una necesidad para realizar una ruptura con el abordaje lineal de los problemas de salud sustentados en el enfoque biomédico basado en el neopositivismo, que domina las ciencias médicas actuales, a otras alternativas, en donde los problemas de salud-enfermedad-atención se aborden de una manera interprofesional y transdisciplinar con una visión interparadigmática que tome en cuenta los factores económicos, sociales, políticos, culturales y ecológicos que los determinan y condicionan. Para ello se propone transitar a un enfoque complejo en donde de manera gradual se sustituya el método bioquímico, clínico y epidemiológico por el método molecular, clínico, epidemiológico, sociocultural y ecológico (Crocker, 2012).

En ese contexto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda, desde el año 2016, que la colaboración interprofesional es una estrategia innovadora para resolver los problemas de falta de recursos humanos en salud, en donde los profesionales de distinta formación prestan servicios integrales a pacientes, familias y comunidades, ya que se optimizan las aptitudes del personal en entornos complejos, por lo que reconoce la importancia de la educación interprofesional en las instituciones formadoras para fortalecer la capacidad de trabajo en equipos colaborativos (OPS, 2016).

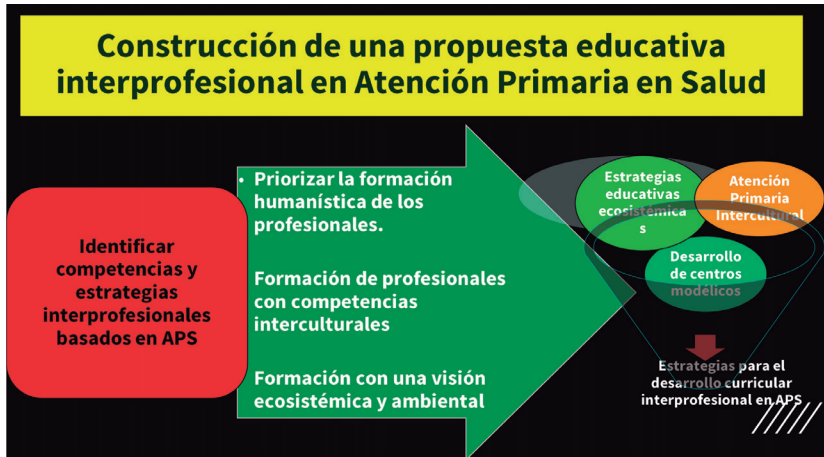
Desde 1978 la atención primaria en salud ha sido reconocida como una estrategia central en las políticas de atención a la salud de los países y un elemento central a considerarse en la formación interprofesional en salud, lo que se ha reafirmado en la Reunión de Astaná en el año 2018. Con base en ambas reuniones los autores proponemos el siguiente concepto, que es útil para la formación interprofesional en salud, definida como la atención sanitaria

esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica, en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias, en las comunidades y en los espacios sociales donde viven, estudian y trabajan las personas, a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud (OMS/ UNICEF, Alma-Ata, 1998; Astaná, 2018).

Construcción de una propuesta educativa interprofesional en atención primaria en salud

Un elemento fundamental para el desarrollo de la educación interprofesional en atención primaria para la salud en las instituciones formadoras de profesionales en ciencias de la salud es construir una propuesta curricular innovadora. En un contexto complejo los *curricula*, a nivel general, deben tener un enfoque ecosistémico, socioambiental, inclusivo y flexible, al respecto se propone en la figura 1 una propuesta metodológica sustentada en el enfoque de competencias profesionales integradas.

Figura 1



Fuente: Elaboración propia.

Existe la necesidad de que las instituciones formadoras de profesionales para la salud transiten de ser escuelas formadoras de recursos humanos que reproducen el estatus hegemónico basado en el autoritarismo, el empirismo y la baja calidad, a instituciones educativas del conocimiento, que basen su quehacer en la evidencia científica, promotoras del aseguramiento de la calidad y la acreditación externa, así como la toma de decisiones compartidas, a través del diálogo democrático entre los miembros de los programas educativos de sus comunidades educativas con una apertura interprofesional.

El tránsito hacia universidades del conocimiento también está relacionado con el rol que deben desempeñar las instituciones educativas en salud en la generación de propuestas de transformación para modificar el sistema de atención a la salud, por lo que es importante el desarrollo de investigación epidemiológica y de sistemas de salud de tipo interprofesional y transdisciplinar en coordinación con los organismos de atención a la salud, públicos y privados (García de Alba *et al.*, 2021).

La educación disruptiva intercultural³ es una propuesta de innovación para transformar algunos aspectos pedagógico-didácticos de la formación de profesionales de la salud, a través de la incorporación de los medios virtuales de aprendizaje, la educación a distancia y la simulación, al proceso educativo, que resuelvan problemas que no necesitan la presencialidad de los alumnos y profesores en los espacios aúlicos y de prácticas profesionales con una visión intercultural. Esta propuesta toma mayor importancia en situaciones de emergencia, como la pandemia de COVID-19 (Crocker *et al.*, 2021).

La educación interprofesional en atención primaria de la salud (APS) es una estrategia educativa que integra la docencia, investigación y servicios, en donde se propone que los nuevos profesionales de la salud se formen en los espacios donde viven, trabajan y estudian los miembros de la sociedad para realizar acciones de promoción y prevención a la salud con un enfoque de sustentabilidad. Esta estrategia permite actuar con responsabilidad social ante el cambio climático y participar de manera activa en la construcción de una sociedad inclusiva e intercultural (OPS, 2017; Naciones Unidas, 2015).

Para dar respuesta a las demandas de pertinencia local y competitividad global, las instituciones educativas universitarias deben integrar en sus procesos sustantivos una estrategia de internacionalización. Para ello, se requiere planificar las instituciones educativas desde su propia misión y visión que impacte el desarrollo curricular, que incluye los siguientes elementos: la incorporación de la dimensión internacional y global, el desarrollo de compromisos éticos de los grupos de interés locales e internacionales, el desarrollo del pensamiento complejo, la solidaridad, la transparencia en las acciones que se emprenden y el desarrollo del pensamiento crítico, creativo e innovador en las universidades y la sociedad (Crocker *et al.*, 2021; González *et al.*, 2015).

3. La educación disruptiva intercultural es una propuesta del autor relacionada con la demanda de innovación educativa surgida a partir de la pandemia de COVID-19, en donde se profundiza la necesidad de la incorporación de medios virtuales de aprendizaje a la educación en atención primaria en salud en escenarios multiculturales.

Problemática por resolver en el corto y mediano plazo en la educación interprofesional en salud

De acuerdo con la experiencia de los autores en la implementación de programas de formación interprofesional, se detectan los problemas prioritarios siguientes, entre otros, que dificultan el aprendizaje interprofesional en atención primaria para la salud:

Uno de los problemas para el aprendizaje interprofesional en salud es que en las áreas de prácticas predomina la visión de atención a la enfermedad en primer nivel.

En donde se ha desarrollado el modelo de aprendizaje interprofesional en atención primaria en salud, los profesores tutores tienen escasa formación en gestión social participativa y en investigación aplicada.

Otro problema identificado es la desvinculación del equipo de salud con una perspectiva interprofesional en APS en los escenarios de práctica profesional.

Conclusiones

Con base en los elementos planteados en párrafos previos la educación interprofesional en atención primaria de la salud posibilita lo siguiente:

- Se mejora la congruencia entre las políticas públicas del sistema de salud y la formación interprofesional en la salud, aspectos que están actualmente divorciados.
- Se enfoca la prioridad hacia la promoción de la salud y no hacia la prevención de riesgos y enfermedades.
- Se mejora la calidad de la atención a la salud con enfoque interprofesional en la promoción y la prevención, bajando los costos, y mejora el impacto de las acciones del equipo de salud.
- La sociedad recibe atención a sus problemas de salud en los escenarios donde estudia, vive o trabaja, a través de un equipo interprofesional con una mayor capacidad resolutiva integrada.

- La sociedad participa de manera activa en la toma de decisiones para garantizar el derecho humano a la salud integral con una visión holística ecosistémica intercultural.
- Propuestas para mejorar la educación interprofesional en atención primaria para la salud
 - a. Existe la necesidad de realizar una ruptura curricular de disciplinas aisladas a un enfoque flexible e integrador del plan de estudios, alrededor del abordaje de problemas concretos de la realidad de salud-enfermedad y atención abordados con un enfoque complejo ecosistémico, interprofesional y transdisciplinar.
 - b. Desarrollar las estrategias de gestión de calidad interprofesionales en los procesos de formación, que incluyan la acreditación y el diálogo democrático basado en evidencias científicas en las organizaciones educativas, desarrollando las áreas de gestión de calidad y las líneas de investigación educativa interprofesional y transdisciplinarias.
 - c. Incorporar los elementos de la educación disruptiva interculturales e interprofesionales relacionados con los medios virtuales de aprendizaje, la educación a distancia y la simulación, a través de desarrollar un proceso de educación continua de profesores y alumnos.
 - d. Fortalecer las líneas de investigación epidemiológica y de servicios de salud en las escuelas y facultades de Ciencias de la Salud vinculadas a los problemas de salud del país en coordinación con las instituciones de atención a la salud, así como desarrollar centros de educación interprofesional en APS con enfoques de sustentabilidad e interculturalidad, en donde se combine la docencia, la investigación y los servicios de salud con la participación de la sociedad civil.

Bibliografía

Abreu, L. y León, R. (2016). *Una agenda para el cambio de la educación médica en México. Horizonte al 2030*. Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina. Elsevier.

- Acuña, M. (2021). Elementos contextuales de la crisis: socioambientales, económicos, políticos, culturales y educativos. La perspectiva de OPS. En: Crocker, R. y Esperón, R. (Coords.). *La educación médica en un mundo en crisis*. Fondo Editorial Universitario. Ibiza, España.
- Crocker, R. y Esperón, R. (2021). *La educación médica en un mundo en crisis*. Fondo Editorial Universitario. Ibiza, España.
- Crocker, R., Hunot, C., Moreno, L. E., López, P. y González, M. (2012). Epistemologías y paradigmas de los campos disciplinares de la nutrición y los alimentos en la formación de nutriólogos. Análisis y propuestas para el desarrollo curricular. *Revista Educación y Desarrollo*, 21, 49-57.
- Crocker, R. C. y Sagastume, R. (2021). Construcción del modelo educativo de una universidad guatemalteca con criterios de internacionalización curricular. *Journal of the Academy*, 5, 156-172. <https://doi.org/10.47058/joa5.10>
- García de Alba, J. y Torre, G. (2021). Liderazgo e innovación crítica para transformar el sistema de salud y la educación médica a través de la investigación epidemiológica y de servicios de salud. En: Crocker, R. y Esperón, R. (Coords.). *La educación médica en un mundo en crisis*. Fondo Editorial Universitario. Ibiza, España.
- González, P. (2022). *Educación médica y diversidad: perspectivas incluyentes. Memorias del Congreso Internacional de Educación Médica*. Puerto Vallarta, México.
- González-Castro, y Manzano-Durán, O. (2015). La internacionalización curricular desde las competencias de la responsabilidad social universitaria. *Libre Empresa*, 12(2), 27-38. <http://dx.doi.org/10.18041/libemp.2015.v12n2.24202>
- Naciones Unidas (2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Metas al 2030. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/>
- OPS/OMS (2016). La educación interprofesional en la atención de salud. Mejorar la capacidad de los recursos humanos para lograr la salud universal. Informe de la reunión del 7 al 9 de diciembre de 2016, Bogotá, Colombia. [http// ops/oms](http://ops/oms) | Organización Panamericana de la Salud (paho.org).
- Organización Panamericana de la Salud (2017). Formación de recursos humanos en atención primaria en salud (APS) y determinantes sociales en salud (DSS). Seminario Permanente en Educación Médica. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/formacion-rrhh-sobre-aps>

Capítulo 7

Medicina académica en atención primaria de la salud

Cristina García Franco¹

Gloria María del Socorro Herrera Correa²

Resumen

Después de haber reconocido en la Declaración de Alma-Ata (1979) el concepto de atención primaria en salud (APS) como el camino para alcanzar la meta de “Salud para todos en el año 2000”, se recuperan sus principios con base en la pertinencia de fortalecer la asistencia sanitaria fundamentada, aceptada social y científicamente, que fomente la autorresponsabilidad y autodeterminación, con costos sostenibles y con la participación plena de los individuos, familias y comunidades.

En la región de las Américas, México incluido, se han realizado esfuerzos continuos para apuntalar políticas sanitarias que amplíen la cobertura y mejoren la accesibilidad a los servicios de salud, estableciendo estrategias para transformar la atención centralizada en una más distributiva hacia las localidades incluso marginadas, que eviten una crisis de accesibilidad y procuren que

-
1. Médico Cirujano, especialista en Anestesiología, Doctora en Educación. Docente de Tiempo Completo de la Facultad de Medicina Región Veracruz, Universidad Veracruzana. Perfil PRODEP e integrante del Cuerpo Académico UV-CA-526. Miembro del Colegio de Anestesiólogos del Estado de Veracruz y de la Federación Mexicana de Colegios de Anestesiología A.C. Correo: cristgarcia@uv.mx Código ORCID: 0000-0003-0071-046X
 2. Médico Cirujano con especialidad en Docencia, Maestra en Ciencias de la Salud, rama terminal en Investigación Clínica, Profesora de Carrera Titular C. Universidad Autónoma de Yucatán. Miembro del Cuerpo Académico de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. Correo: gcorrea5629@gmail.com Código ORCID: 0009-0003-0656-1181

todos los habitantes reciban servicios de salud, de una manera equitativa, justa y sin distinción, con base en los Objetivos de la Agenda para el Desarrollo Sostenible.

Conviene que las universidades en su responsabilidad social, a partir de sus funciones sustantivas, armonicen por medio de la medicina académica la integración de estrategias en docencia, investigación y servicio para formar profesionales integrales, ciudadanos éticos y humanistas, sensibles a las necesidades de atención primaria en salud de los habitantes del país.

El propósito de este ensayo es describir cómo en el modelo de medicina académica pueden enlazarse las funciones sustantivas y expresarse en centros modélicos de atención primaria en salud, donde se favorezca la formación integral de los estudiantes, las condiciones de salud de la población y el desarrollo humano sostenible.

Palabras clave: atención primaria de la salud, desarrollo humano sostenible, medicina académica.

Introducción

La responsabilidad social de las instituciones de educación superior es la de formar profesionales con las capacidades para dar respuesta a los requerimientos sociales, generar, conservar, transmitir y difundir conocimientos, así como extender sus servicios a la sociedad; estas actividades educativas, de investigación y servicio están dirigidas a atender las necesidades prioritarias de la comunidad, región o país que les ha conferido el mandato de servir.

En este capítulo se aborda la pertinencia de que en las escuelas y facultades de Medicina se interrelacionen las funciones sustantivas y diseñen estrategias educativas innovadoras que respondan a los requerimientos prioritarios de la sociedad, para incrementar la calidad educativa y trascender hacia la excelencia por su impacto social. El objetivo es la formación de profesionales sensibles a las necesidades sanitarias de los habitantes del país, que salvaguarden la salud de individuos, familias y comunidades, objeto de su misión social.

Surge así la necesidad de impulsar la creación de espacios educativos renovados, en los cuales se favorezca el egreso de los profesionales competentes, éticos y humanistas que el país necesita.

Para lograrlo es pertinente que los planes y programas curriculares de instituciones educativas en México incentiven la creación de centros modélicos, donde se exprese en la APS el nuevo modelo de medicina académica que contribuya a mejorar las condiciones sanitarias del país y fortalezca el desarrollo humano sostenible, a partir de la responsabilidad social que como universitarios corresponde.

Desarrollo

Fajardo-Dolci *et al.* (2019) sostienen que la formación médica es compleja porque, en la planificación del perfil de egreso de las distintas instituciones, cada escuela considera dimensiones según su contexto.

Modelo de medicina académica

La medicina académica es un concepto en construcción con diversas interpretaciones y distintas perspectivas. Abreu & León (2016), en “Una agenda para el cambio de la educación médica en México”, la definen como la articulación de la docencia la investigación y el servicio, siendo la gestión del conocimiento el elemento integrador. Este concepto ha sido incorporado por la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina en sus fines y propósitos, para lograr la excelencia en la educación médica. Pero la integración no surge de forma natural, ya que cada una tiene marcos de referencia distintos, por lo que contar con estrategias y escenarios reales donde las funciones sustantivas se vinculen para lograr la dimensión social de su significado, sería el caso de los centros modélicos de servicio, basados en la atención primaria de la salud.

Al relacionar la medicina académica y la APS, Crocker *et al.* (2021) encontraron contradicciones entre el modelo teórico y los

escenarios de práctica, deficiencias en la integración de la docencia con la gestión del conocimiento y en la promoción de la participación comunitaria. Por lo anterior, se considera conveniente reforzar que, en el modelo de medicina académica, las funciones sustantivas se orientan al desarrollo humano sostenible, proceso continuo e integral en el que el eje central es la generación de capacidades y oportunidades de, por y para la gente, con las cuales la equidad se logra para las actuales y futuras generaciones, basada en el respeto a todas las formas de vida, acciones que conducirán a promover cambios en el proceso educativo y de la atención a la salud. La persona está en el centro de este paradigma, con sus derechos fundamentales de tener una vida plena, saludable, de adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para el disfrute de un nivel de vida digno y decoroso. Para lograr la salud en el paradigma del desarrollo humano se incluyen un ecosistema estable, paz, educación, vivienda, alimentación, ingresos, seguridad y justicia social, relaciones sociales, uso sostenible de los recursos, respeto de los derechos humanos, empoderamiento de la mujer y de los pueblos originarios, equidad e interculturalidad, aspectos que, al incluirse en el currículo, dan un nuevo sentido al proceso educativo. En el modelo de medicina académica, la docencia está centrada en la formación integral del estudiante y en el trabajo interprofesional y colaborativo (Brooks *et al.*, 2018), con una pedagogía basada en la interdisciplina y orientada en permitir el pensamiento ecosistémico que identifique y brinde solución a los diversos problemas de salud. En la investigación, la atención se enfoca en los problemas prioritarios de la comunidad para mejorar los sistemas de salud y formar profesionales reflexivos e innovadores. Se apoya en la transdisciplina para abordar los objetos de estudio y busca transferir sus resultados a la práctica clínica y comunitaria. En el servicio se da prioridad a la salud y bienestar de las personas, con acciones a nivel poblacional e individual, que van desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y cuidados paliativos, de acuerdo a las necesidades de las personas en sus entornos cotidianos, tan pronto como sea posible y con la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones.

En relación a la atención primaria, Bautista-Arredondo *et al.* (2023) encontraron que un 70 % de derechohabientes en México no se atienden en el lugar, aduciendo razones de accesibilidad y calidad, resultados que expresan la relevancia de que las universidades puedan abonar a alcanzar el objetivo de una atención de calidad y accesible, considerando que la formación médica y la atención en salud están vinculadas en un compromiso social institucional, por lo que lograr aplicar los saberes áulicos adquiridos, en beneficio de la población que tiene necesidades de atención sanitaria, es la meta. Se confirma, así, el importante rol de las instituciones educativas, para armonizar la docencia y la investigación para mejorar el entorno social, con prácticas integrales (no reduccionistas) que permitan contender con los problemas complejos en la práctica de la medicina, que mejoren indicadores de salud y apunten la formación en APS. La investigación es sustancial, porque genera conocimientos que pueden ser transferidos para mejorar la salud y para la toma de decisiones de los profesionales en sus contextos. La universidad educa para la vida y es garante del egreso de profesionales en múltiples áreas, que responden a las exigencias sociales en materia de salud y laborales. Lo importante es que el proceso educativo concuerde con la realidad social y que, en el aspecto sanitario, los resultados sean de beneficio y satisfacción para los habitantes.

La propuesta de atención en centros modélicos que surjan desde las universidades garantiza egresados competentes y ciudadanos íntegros en múltiples áreas. Desde las escuelas y facultades de Medicina, el nuevo enfoque aplica la medicina académica en la APS y forma profesionales vinculados con su contexto y práctica, comprometidos con las necesidades de salud en el entorno donde viven y se desenvuelven las personas.

El reto es, en principio:

- Promover un sistema de salud orientado a la atención primaria, a partir de una medicina académica innovada.
- Materializar el vínculo entre las instituciones educativas y las instituciones de salud, para coadyuvar a mejorar indicadores de salud, identificando riesgos, grupos vulnerables y priori-

dades en salud, así como oportunidades de intervención y de vinculación entre instituciones y comunidad (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

- Identificar y construir las competencias que, en un nuevo perfil del médico general, se requieren para liderar la atención en los centros modélicos.
- Identificar y construir las competencias requeridas de docentes, de estudiantes de salud en formación y de los equipos interprofesionales.

El propósito de la atención en centros modélicos en APS sería:

- Enfoque prioritario al cuidado de la salud, así como atención de la enfermedad.
- Promoción de la salud y prevención ecosistémica.
- Cuidado del entorno socioambiental para la prevención de enfermedades, en los escenarios donde viven, estudian y trabajan los individuos, familias y comunidades.
- Participación de la sociedad en la toma de decisiones que garanticen su derecho a la salud.

La formación actual de los profesionales de la salud debe atender a la premisa de que los problemas de salud son socialmente derivados y no puramente biológicos, para orientar acciones hacia proyectos colaborativos intersectoriales, conscientes de que la atención en salud trasciende profesiones y que, por lo tanto, el abordaje desde la multidisciplina es una necesidad (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Como se observa, la propuesta de creación de centros modélicos incluye el logro de competencias que deben ser evaluadas, así como resultados tangibles de la intervención comunitaria (atención *in situ*), considerando metas de salud donde el reto sea modificar la prevalencia e incidencia de enfermedades, reducir el número de hospitalizaciones y/o mejorar otros factores sociales y medioambientales.

Así es como se propone que la medicina académica se exprese en la APS para optimizar los resultados en salud, vinculando acciones en redes de colaboración que enlacen programas educativos y acciones sanitarias, para que, a partir de un trabajo de campo,

ético y humanista, se logre la equidad y oportunidad en la atención (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Considerando, a su vez, que las necesidades e inequidades en salud han aumentado y que los recursos y servicios son limitados e insuficientes ante la demanda, se necesita un cambio en la formación de los profesionales de la salud, para establecer el tránsito hacia intervenciones específicas de atención primaria, como podrían ser los centros modélicos propuestos (Buzón Hernández, 2017).

Tecnologías de la información y comunicación (TIC), utilizadas en el ámbito educativo para potenciar el empoderamiento-participación (TEP), y el aprendizaje-conocimiento (TAC), se denominan en la actualidad TICCAD (tecnologías de la información, comunicación, conocimiento y aprendizaje) y han logrado expandir la educación en salud a la promoción e incluso la atención. La FDA de Estados Unidos (Food and Drug Administration) reconoce que la salud digital, mediante las *apps*, la telemedicina y otros recursos de *software*, ha revolucionado la atención en salud. La actual Educación 5.0 pretende que mejore la vida en sociedad, cerrando la brecha a las desigualdades, favoreciendo el bienestar social, apuntalando la actitud de servicio, la empatía en la relación médico-paciente y otras bondades de gestión social para la atención de los problemas de salud comunitaria (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Propuesta para desarrollar la APS desde la medicina académica

Implementar una estrategia de atención primaria en salud desde la medicina académica requiere afianzar una política de armonización y colaboración entre instituciones educativas y de salud que asegure el desarrollo humano sostenible. Cada institución educativa debe identificar las necesidades de salud de la población en la cual se inserta, para direccionar el currículo con enfoque en APS y determinar las competencias que los estudiantes deben desarrollar, para asegurar la congruencia del programa.

Sea cual fuere la estrategia metodológica por utilizar, la política educativa en ciencias de la salud debe propiciar las mejores condiciones sanitarias, respaldar estilos de vida saludables y propugnar por servicios públicos que complementen las políticas de atención primaria en salud. Estrategias educativas de casos clíni-

cos problematizados, paciente estandarizado, uso de simuladores, estudios de familia y diagnósticos de comunidad complementando la APS, presentan, cada uno, bondades bien establecidas.

Al ser la salud un valor que no solo se consigue con servicios médicos de calidad, sino con políticas públicas favorables para mejorar otros determinantes de la salud, como los servicios y las condiciones socioeconómicas y ambientales, la inter, trans y multidisciplina deben fomentarse desde los inicios de la carrera y hasta el término de esta, asegurando acciones colaborativas para beneficio de una ciudadanía que demanda, cada vez más, servicios de salud integrales y de calidad, los cuales solo pueden ser proporcionados por profesionales sanitarios.

Las metodologías innovadoras deben complementarse con la evaluación formativa y sumativa, que señale los elementos curriculares que deban ser desarrollados, así como la valoración de la suficiencia del aprendizaje obtenido por los estudiantes; esto, con el fin de realimentar el proceso educativo y fortalecer la atención primaria en salud al formar personal resolutivo, que cumpla con las expectativas de atención biopsicosocial e integral y, por ende, con la excelencia educativa.

Vale la pena subrayar que la APS debe continuarse en las residencias médicas y procesos de especialización, mediante la formación continua y permanente que asegure la sustentabilidad en salud y el desarrollo humano sostenible.

Competencias en medicina académica y APS

Con base en lo descrito por Dois *et al.* (2016) y Abreu & León (2016), las competencias del profesional médico en formación se centran en el conocimiento del enfoque de medicina académica, APS, argumentación científica e integración básico-clínica, investigación y generación del conocimiento, uso de tecnologías, enfoque sistémico integrado (no fragmentado), así como de salud pública, familiar y comunitaria, principios éticos y humanísticos, para lograr mejorar las condicionantes sociales de la salud que afectan a cada comunidad.

Para implementar este enfoque se propone:

- Una visión innovadora ecosistémica, intercultural, de respeto a la diversidad socioeconómica, demográfica o educativa, para la atención a los problemas de salud de la población.
- Un programa de medicina académica para la APS, que integre las funciones de docencia, investigación y servicio, sustentadas en la ética y el humanismo.
- Un programa de formación integral, continua y permanente, que formalice la implementación del enfoque y promueva la inserción de tutores clínicos en los centros modélicos de atención en APS, para que sean garantes del servicio propuesto.
- Un sistema de información, supervisión y evaluación de los resultados del programa, basados en indicadores de salud de la comunidad.
- Competencias complementarias relacionadas con la gestión, en la promoción y educación para la salud, las de comunicación asertiva y liderazgo, de fomento a la autorresponsabilidad y al autocuidado con autonomía.

Conclusiones y propuestas

Con base en su Misión, las escuelas y facultades de Medicina en México tienen el rol fundamental de formar profesionales íntegros y socialmente responsables, comprometidos con el bienestar de la sociedad y la mejora de las condiciones de salud de los habitantes del país.

Transitar hacia el enfoque de APS mediante la medicina académica favorecerá la atención de las verdaderas necesidades de salud de los individuos en las comunidades.

En los centros modélicos propuestos, mediante la vinculación de la docencia, la investigación, el servicio y la gestión de equipos interprofesionales, se pretende el desarrollo de competencias para el trabajo colaborativo, dirigidas a la construcción de soluciones en materia de salud en beneficio de la población.

Competencias éticas, de humanismo y de auténtico valor de servicio, coadyuvarán a que los médicos en formación, como líderes

de equipos interprofesionales, sean conscientes y sensibles a los principales desafíos en materia de salud de los habitantes del país.

Este nuevo enfoque de medicina académica busca expresarse en la APS mediante un currículo que enfatice la equidad, la justicia social y el desarrollo humano sostenible. Su objetivo es favorecer la transición hacia la salud universal, fortaleciendo competencias integrales para formar profesionales capaces de identificar las necesidades sanitarias de la población y promover su derecho a la salud, como lo establece el Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Bibliografía

- Abreu Hernández, L. F., & León Bórquez, R. (2016). *Una agenda para el cambio de la educación médica en México. Horizonte 2030*. Elsevier. México.
- Bautista-Arredondo, S., Vargas-Flores, A., Moreno-Aguilar, L. A., & Colchero, M. A. (2023). Utilización de servicios de salud en México: cascada de atención primaria en 2022. *Salud Pública de México*, 65, s15-s22. <https://doi.org/10.21149/14813>
- Brooks, A. J., Koithan, M. S., Lopez, A. M., Klatt, M., Lee, J. K., Goldblatt, E., Sandvold, I., & Lebensohn, P. (2019). Incorporating integrative health-care into interprofessional education: What do primary care training programs need? *Journal of Interprofessional Education and Practice*, 14, 6-12. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2018.10.006>
- Brooks, A., Maizes, V., Billimek, J., Blair, J., Chen, M. K., Goldblatt, E., Kilgore, D. et al. (2020). Professional development in integrative health through an interprofessional online course in clinical settings. *Explore (NY)*, 17(6), 505-512. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.02.014>
- Chan, M. (2008). Regreso a Alma-Ata, Suiza. Consultado el 27 de noviembre de 2020. <https://www.who.int/dg/20080915/es/>
- Crocker, S. R., Korzi, C. E., Romero, V. M., & Bernal, L. M. (2021). Medicina académica y atención primaria en salud. Propuesta de abordaje conceptual metodológica desde la práctica educativa. *Investigación en Educación Médica*, 10(40), 79-85. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.40.21373>
- Dois, A., Contreras, A., Bravo, P., Mora, I., Soto, G., & Solís, C. (2016). Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario

- desde la perspectiva de los usuarios. *Revista Médica de Chile*, 44(5), 585-592. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500005>
- Fajardo-Dolci, G. E., Santacruz-Varela, J., Lara-Padilla, E., García-Luna Martínez, E., Zermeño-Guerra, A., & Gómez, J. C. (2019). Características generales de la educación médica en México. Una mirada desde las escuelas de medicina. *Salud Pública de México*, 61(5), 648-656. <https://doi.org/10.21149/10149>
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., *et al.* (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 376(9756), 1923-1958. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5
- García, V., Crocker, R., Abreu, L. F., Parra, H., Vázquez, J., Ojeda, C., Alomía, H., Contreras, G., Rodríguez, C. H., & Vázquez, J. L. (2015). *La educación médica en México. Visión estratégica del cuerpo académico de AMFEM*.
- Guinzberg, A., & de Pomposo García-Cohen, A. (2017). Las ciencias de la complejidad y la educación médica. *Investigación en Educación Médica*, 6(24), 267-271. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.06.001>
- Organización Mundial de la Salud (2023, 15 de noviembre). Atención primaria de salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Organización Panamericana de la Salud (2017, 25-29 de septiembre). 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana. 69.^a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. [Informe final]. Washington, D. C., EE .UU. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-es-9250&alias=43815-csp29-fr-s-815&Itemid=270&lang=es
- (2020). Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Organización Panamericana de la Salud. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Servín, D. (2020). Diseño formativo interprofesional: una estrategia para desarrollar el pensamiento complejo en estudiantes de ciencias de la salud. *Revista de la Fundación Educación Médica*, 23(1), 39-44. <https://dx.doi.org/10.33588/fem.231.1038>
- Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (2020). *Atención Primaria de Salud integral e integrada APS-1 Mx: La propuesta metodológica y operativa*. Secretaría de Salud México. http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf

Capítulo 8

Medicina académica, atención primaria de salud e interculturalidad

Deyanira González Vilchis¹

Resumen

El reto de generar conocimientos dentro de los estándares establecidos por el método científico, sin soslayar el conocimiento construido con la práctica, la experiencia y la vivencia directa en múltiples contextos, unos adecuados, otros muchos con carencias estructurales, llevan al análisis de procesos alternativos que por fortuna ahora se manifiestan institucionalmente y son retomados por el Estado. La medicina académica representa en sí una oportunidad para fortalecer procesos de formación y de atención primaria a la salud, considerando la apertura de sus planteamientos, en los que da cabida a conceptos antes defendidos y enarbolados prácticamente solo por movimientos sociales reivindicativos.

Las universidades interculturales y otras universidades que desde décadas atrás forman trabajadores de la salud con enfoques inclusivos, basados, entre otros, en la interculturalidad, tienen como objetivo la formación integral de los futuros trabajadores de la salud y, como fin último, sentar las bases para la transformación progresiva y corresponsable de la realidad en que viven los habitantes de estas. El análisis de estos procesos pedagógicos,

-
1. Médica general por la Universidad Autónoma Metropolitana. Maestría en Medicina Tropical y Geografía Médica en España, y en Educación para el Desarrollo de Competencias Docentes, y doctora en Educación, en Chiapas, México. Actualmente profesora de tiempo completo de la licenciatura de Médico Cirujano de la Universidad Intercultural de Chiapas. Correo electrónico: deyanira.gonzalez@unich.edu.mx. ORCID: 0009-0004-4740-9652.

revisando los fundamentos centrales de las propuestas, es el objetivo del presente trabajo, y enfatiza en los retos y experiencia de la Universidad Intercultural de Chiapas, como una de las cuatro universidades interculturales² que cuentan entre su oferta de carreras con la formación de médicos con el enfoque intercultural como estrategia de fortalecimiento a la inclusión de la interculturalidad en los futuros médicos.

Palabras clave: atención primaria, formación médica, interculturalidad, medicina académica.

Introducción

La salud mantiene una relación estrecha con el concepto de desarrollo y con la dinámica de construcción del territorio, con base en la inclusión, sustentabilidad y participación de la mayor parte de los actores y sectores que integran la comunidad o núcleo social, por lo que es importante considerar a todos los involucrados en el rol de cuidado y atención de esta. De igual manera, mantener una relación abierta y horizontal, sin menoscabar la diversidad y los elementos culturales de los saberes en el contexto en el que nos encontremos, implica que la formación médica no puede estar exenta de lo anterior. El modelo médico hegemónico, aunque con valiosas excepciones, ejerce un enfoque biologicista y curativo, trata a los pacientes de manera fraccionada, centrada en el cuerpo y la salud física, sin considerar la influencia emocional, social, cultural y política de la población, en contraste con la medicina tradicional desarrollada por los pueblos mesoamericanos que relaciona el entorno, el interior de la persona y el colectivo con la naturaleza, “el-todo”, de manera integral; en este enfoque la concepción de la salud es la búsqueda de la armonía. Por lo tanto, la enfermedad es producto de un desequilibrio con alguno o entre todos estos elementos; en algunos pueblos originarios la salud se construye incluyendo una concepción mágica religiosa. Desde

2. Actualmente la licenciatura de Médico Cirujano es parte de la oferta académica de las universidades interculturales de Nayarit, Hidalgo, y del Pueblo Yaqui en Sonora.

el enfoque biopsicosocial, estos elementos actualmente se revisan desde los llamados condicionantes sociales, es decir, existen elementos que resultan comunes para explicar el binomio salud-enfermedad. No obstante, la Organización Mundial de la Salud ha validado una sola concepción que si bien es cierto fue construida para conjuntar las visiones de diferentes culturas, unificó un solo concepto y generó que otras medicinas fueran relegadas y/o fueran desvalorizadas.

Desde otro ángulo de análisis, este esquema tiene también como desventaja la especialización absoluta y sobre todo la dificultad de acceso de estos avances para una gran mayoría de los sectores de la población, debido a que el nivel tecnológico requerido encarece todo el proceso de atención y, se asocia claramente al nivel de crecimiento macroeconómico de los países, Estados y regiones, marcando notoriamente las diferencias geopolíticas, económicas y sociales.

La medicina académica, en su expresión conceptual, abre nuevos horizontes a otros enfoques, entre ellos a la interculturalidad como una propuesta de inclusión y respeto en un mundo que, bajo los nuevos paradigmas globales, como las altas tasas de migración, transforman a las sociedades de manera acelerada en mosaicos pluriculturales. En este contexto, los modelos de atención para mantener a la población sana también ajustan sus estrategias, el Estado como responsable directo de generar la infraestructura y los medios necesarios para brindar los servicios de salud, tendría que retomar las ventajas que ofrece la corresponsabilidad de la población. Sin embargo, también implica orientar las políticas hacia la solución inmediata de problemas estructurales, situación que, dado el descuido sistemático del Estado en temas fundamentales del desarrollo, la tarea resulta altamente compleja. Resulta alentador que en los nuevos instrumentos de planeación de la política pública referente al tema en cuestión se incluyen modelos y enfoques de importancia social, de esta manera la discusión conceptual conlleva a la institucionalidad y al quehacer operativo en las distintas regiones del país.

En el ámbito académico la investigación desempeña un rol importante, sirve de base a la generación del conocimiento, y puede impactar de manera positiva en las instituciones de for-

mación de cuadros médicos y estudiosos, que progresivamente se apropien o generen los modelos necesarios para cambiar la visión de los trabajadores de salud. Los modelos propuestos, con los contenidos metodológicos, técnicos y conceptuales de la interculturalidad y la atención primaria a la salud, están en constante construcción; su reconocimiento, operación y aceptación en las instancias correspondientes aún se tiene que ganar.

El presente documento hace un recuento sucinto de los conceptos y analiza una experiencia de formación de médicos cirujanos con enfoque intercultural en el estado de Chiapas, que en definitiva no es un modelo acabado y en su diseño ha enfrentado múltiples problemáticas, tanto internas como externas, de carácter técnico y administrativo, pero que representa, junto con las universidades de esta naturaleza en el país, una opción viable para retomar y aportar a la medicina académica la interculturalidad, y a la atención primaria a la salud, con médicos que se apropian de las metodologías como parte integral de su formación.

Las nuevas políticas de bienestar obligan a la incorporación de la interculturalidad en el ámbito académico. La nueva Ley General de Educación Superior, avalada por la Cámara de Diputados el 20 de abril de 2021, incorpora, entre otras cosas, la interculturalidad como elemento transversal del sistema educativo nacional (LGES, 2021), por lo que deja de referirse como un modelo enfocado únicamente a comunidades indígenas. Impulsar la interculturalidad en las licenciaturas de todas las áreas de la salud se hace importante debido a la falta de sensibilidad del personal de salud, como si se tuvieran percepciones similares o la imposición de la visión en la que cada uno se ha desarrollado, se hace indispensable la formación donde exista la intersección entre las áreas biomédica y sociomédica, ya que el paciente no es solo un ente biológico, sino que vive en un ambiente social, cultural, económico y político que impacta en su proceso salud-enfermedad, por lo tanto, hay que analizar desde los primeros semestres de formación todos estos aspectos y ver al paciente de manera integral.

La inclusión de la interculturalidad en el sistema mexicano de salud representa un avance notable dadas las condiciones pluriculturales del país; para lograr su asimilación y cambio en el paradigma, es indispensable reforzar las estrategias de enseñanza

a formadores de trabajadores de la salud y a los médicos mismos. La salud intercultural tiene menor oportunidad si se incluye bajo el terrible enfoque de la competencia contra la medicina hegemónica convencional de tipo occidental, porque cuenta en la actualidad con menores herramientas. La medicina intercultural, desde el enfoque de la UNICH, busca consolidar procesos de diálogo desde la diversidad de su contexto, aplicados a la formación de los nuevos médicos. La convergencia de saberes en términos de horizontalidad y respeto permitirán integrar un modelo acorde con el contexto, con reconocimiento pleno de las virtudes de la interculturalidad, bajo una lógica de complementariedad aplicable a todas las regiones y realidades en los que se desarrolle el futuro médico. Aunque representa en sí un reto formidable, abre también enormes posibilidades de cambio gradual.

Considerando las acciones de las instituciones educativas de educación superior, cuya tarea es impulsar el desarrollo social, no se puede promover el desarrollo de la sociedad si únicamente se considera un enfoque curativo. La población no está aislada, hay que analizar las raíces de los factores que impactan en la salud, para que el médico incida en lo que esté a su alcance, e incluso identifique las causas estructurales. Si el personal médico no percibe estas condiciones, no podrá cambiarlas, ni abonar para realizar mejoras. Identificar las necesidades percibidas de la población es fundamental desde los primeros semestres de su formación, en la que puedan desarrollar un diagnóstico sociocultural y no únicamente epidemiológico; lo anterior, con la participación de la población, identificar las determinantes sociales y, en consecuencia, efectuar acciones en coordinación con las unidades médicas, así como los centros de educación que existan en las diferentes poblaciones.

Para incidir realmente en la salud de la población es necesario que el personal médico considere las características sociales y culturales presentes en su área de influencia. Este enfoque debe impulsarse desde el proceso de formación, logrando que los estudiantes de cualquier nivel perciban la importancia de la prevención y la promoción de la salud desde sus bases. Según señala De la Fuente (2014), la medicina académica sustenta la enseñanza y la investigación a partir del análisis de los factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad, considerando las características

tanto étnicas como ideológicas y religiosas. En una lógica similar, Abreu y León (2016) refieren que la medicina académica parte de la articulación coherente y sinérgica de la investigación, la docencia y el servicio, en una dinámica que fortalece el quehacer de los profesionales de la salud. Independientemente del concepto, para lograr mayor impacto, tanto en la formación teórica como en la práctica médica, debe incluirse necesariamente a la población beneficiaria del servicio. Artaza (2020) señala que es necesario que las universidades, renovando su compromiso con la sociedad, contribuyan también desde una dimensión sociopolítica y en forma participativa a la transformación social para “construir la salud”, y desde una dimensión técnico-formativa a cambiar las prácticas tradicionales y promover la educación interprofesional, lo que obliga a utilizar nuevos paradigmas educativos para la formación integral de los profesionales de salud que requiere el siglo XXI.

Otro aspecto por considerar en el fortalecimiento de los enfoques y los modelos pedagógicos de la formación del personal de salud, y quizá de mayor complejidad, es el compromiso individual. Por un lado, es de importancia fundamental tener presentes a los responsables de acompañar la formación de los estudiantes, quienes de inicio deben replantearse conceptos como la medicina académica o atención primaria a la salud, que por políticas o estrategias institucionales están presentes con mayor obligatoriedad, pero también apropiarse de conceptos sociopolíticos de carácter ideológico, como la pluriculturalidad e interculturalidad aplicados a la medicina. Pero, sobre todo, considerar particularmente las motivaciones que proyectan los estudiantes y el personal de salud en su formación y en el ejercicio futuro de la profesión.

En la década de los noventa, los planes de estudios de las universidades se caracterizaban por su condición epistemológica, centrados en la medicina comunitaria, con marcada orientación hacia el enfoque humanista y la función social, aunque sin soslayar los avances científico-tecnológicos de la medicina genómica. Sin embargo, en el proceso formativo había una marcada tendencia a los aspectos utilitaristas, económicos y de prestigio que favorecían a la visión mercantilista y la deshumanización de la profesión médica y, de manera indirecta, pero sistemática, devaluaban la que en esa década se denominaba medicina comunitaria. La visión de

los estudiantes, que aún prevalece en la mayoría de los centros de formación, se esboza en un estudio llevado a cabo en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH) (Trujillo, 2012), en el que se concluye que existen ideas de superioridad vinculadas a los estereotipos tradicionales del médico y el afán de lucro sobre el bienestar del enfermo. Aunque también menciona a manera de alternativa que, debido en parte a la masificación de la educación médica, y en parte a que en la actualidad en toda Latinoamérica se asiste a una transición producto de las reformas a los sistemas de salud, y, por tanto, a cambios sustanciales en los que se opta por las competencias integrales como fundamento pedagógico para el rediseño curricular. Sin embargo, la visión del estudiante en formación y de los propios formadores debe ser revisada, sin dar por sentada la apropiación hacia un cambio sustancial aun con los nuevos modelos y enfoques.

La atención primaria de salud (APS) es una estrategia cardinal para lograr la salud de la población, con la participación y responsabilidad tanto de los beneficiarios como del Estado, en ambos sentidos, pero con las dimensiones correspondientes.

En la Declaración de Alma-Ata se consideró a la APS como:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad mediante su plena participación y con un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa del desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (OMS, 1978).

Es importante subrayar que la APS no corresponde únicamente a la atención de primer nivel; significa, entre otras, impulsar las acciones de prevención, en cualquier nivel, por parte de todos los trabajadores de la salud, logrando un trabajo corresponsable y conjunto para alcanzar la salud de las poblaciones. Sumando al concepto que la APS sugiere, Echeverry (2016) recalca la importancia de los determinantes sociales y su relación estrecha para mantener la salud; los factores de riesgo, la organización comunitaria y las acciones intersectoriales dirigidas tanto a la persona como a la familia y a la comunidad completan este círculo de atención integral.

En este marco, las instituciones del sector están obligadas a retomar las estructuras comunitarias de atención. También para abonar a la APS resulta indispensable que los médicos en formación se involucren en la apropiación del concepto, realizando acciones de reconocimiento en localidades, barrios y colonias desde los primeros años de su formación, para identificar los factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad y se sumen a las acciones concretas de los diferentes sectores involucrados. El trabajo multidimensional que propone la APS parte de la lógica de que el individuo no está aislado de su entorno, ni de sus condiciones de desarrollo, por tanto, para sostenerse sano requiere de su esfuerzo personal, pero también de las condiciones que se construyen integralmente, incluso desde el ámbito estructural. De esta forma, la APS no es excluyente, no resta importancia a la atención de primer nivel, como tampoco se centra en el individuo exclusivamente, pero sí orienta las acciones multidisciplinarias y la corresponsabilidad comunitaria.

En el enfoque multidimensional de la APS destacan el sector salud y las políticas públicas. Los conceptos y sus acciones se establecen con claridad en el Plan Nacional de Desarrollo (2019) y, en su momento, en el quehacer del INSABI. El reto se centra en fortalecer la infraestructura, reorientar y formar los recursos humanos con el enfoque de atención a la persona y no a la enfermedad, y considerar las condiciones de las dinámicas poblacionales. Dentro de este mismo orden, el sector educativo cumple una función específica, sobre todo relacionada con el traspaso generacional, donde las formas de comunicación y la percepción del autocuidado desempeñan un rol fundamental para mantener la salud. La universidad en este análisis se toma como un actor diferenciado dentro del sector educativo más allá de sus niveles básicos y medio, y se presenta como un actor preponderante en la formación de los recursos humanos bajo otros conceptos de acción multidisciplinaria para el desarrollo integral, en la que se incluye la promoción a la salud a través de la vinculación comunitaria.

Para articular la docencia y la investigación con acciones a nivel comunitario —entendiendo *comunidad* como grupo poblacional que comparte características e intereses comunes en un espacio geográfico, es decir, en un territorio— es necesario lle-

var a cabo estudios cualitativos —etnográficos, estudio de caso e investigación-acción— con el objetivo de lograr un mayor impacto de acuerdo con las problemáticas identificadas, idealmente, con la participación y las estructuras presentes en la población (figura 1).

Figura 1

Articulación de los actores que intervienen en la AP



Fuente: Elaboración propia.

El proceso y los usos vinculados al concepto de interculturalidad se desarrollan desde la década de 1970, especialmente entre las décadas de 1980 y 1990, para, entre otras razones, “el legitimar, defender o empoderar a los grupos étnicos, así como cuestionar a los sectores dominantes que excluían, subordinaban o discriminaban a dichos actores sociales” (Menéndez, 2016). Referente a la salud, se planteaba la interacción, con el objetivo de evidenciar los sectores que ejercían una discriminación a los diferentes pueblos originarios y, en consecuencia, defenderlos; implicó impulsar intercambios culturales. En este sentido, son innegables los avances y la inclusión institucional en la promoción de los conceptos, aunque también de la apropiación del discurso propio de los movimientos reivindicativos sobre el tema.

La interculturalidad en salud, según Villalobos (2019), hacía referencia al intercambio de microorganismos generado durante la conquista, la existencia del sistema inmunológico virgen en los nativos, y esto, aunado a la implementación de modos de produc-

ción extenuantes, provocó la constante depauperación y desnutrición de la población. Se puede observar que desde la colonia se presentaron rasgos de intercambio en términos de salud, en condiciones desfavorables para la población nativa. Eroza y Carrasco (2020) plantean la relación y complementación de las distintas medicinas, para la resolución de los problemas de salud de la población, implementando un trato más incluyente, humano y eficiente.

El análisis de la medicina desde el enfoque de los pueblos originarios incluye necesariamente la revisión de algunos aspectos que la fortalecen conceptualmente, por ejemplo, la interculturalidad y la educación intercultural en medicina. Los conceptos marco incluyen a la multiculturalidad, la pluriculturalidad y la interculturalidad, propiamente. La primera, aunque refiere a un espacio social geográfico donde confluyen múltiples culturas, no necesariamente implica su interacción, por el contrario, puede generar espacios cerrados donde la convivencia y el intercambio cultural están vetados. En este sentido, aun con la riqueza sociocultural presente, no hay un aporte importante en la construcción de un territorio, y sí un alto riesgo de generar desencuentros y la prevalencia del poder por efecto de mayorías o razones económicas. No obstante, la pluriculturalidad representa en sí un paso positivo hacia la definición de un territorio, con el reconocimiento cultural de las personas que lo integran, abiertas a una mayor interacción.

El enfoque de la propuesta intercultural, en palabras de González-Romero (2019), se refiere a:

Complejas relaciones, negociaciones e intercambios culturales, que buscan desarrollar una interacción entre personas, conocimientos y prácticas culturalmente diferentes; interacción que reconoce que el otro, el distinto, el diverso es un individuo con identidad, diferencias y capacidades propias y valiosas; buscando reconocer, descubrir o tolerar al otro, o la diferencia en sí, respondiendo a las exigencias de la democracia, el humanismo y la libertad que el momento imponen.

Así llegamos a la comprensión de que la interculturalidad trata de impulsar activamente procesos de intercambio que, por medio de mediaciones sociales, políticas y comunicativas, permitan construir espacios de encuentro, diálogo y asociación entre seres y saberes, sentidos y prácticas distintas. Y que, a diferencia de la

pluriculturalidad, que es un hecho constatable, la interculturalidad es un hecho en construcción, dinámico y versátil, que trata de hacerse realidad por medio de prácticas y acciones sociales concretas y conscientes en la gran misión del hombre contemporáneo que es, con el distinto construir nuevas identidades, construir territorios de paz.

Reconocer las diferencias y aceptarlas, sin que el *otro* represente riesgo, superioridad o inferioridad para el *yo*, la diferencia amable que no señala desencuentros, y rompe la barrera ideológica que se escuda en los pronombres *ellos* y *nosotros*, representa un avance social de vital importancia, independientemente de los temas que se incluyen en la verdadera construcción de un territorio, entre ellos la formación médica. Se requiere, en definitiva, de un enfoque integral y de derechos humanos (Guzmán-Rosas, 2016); una relación de respeto y comprensión de la forma de interpretar la realidad y el mundo, en un proceso de comunicación, educación y formación (Almaguer, 2002).

La interculturalidad implica el aprendizaje mutuo entre culturas diferentes, permitiendo el intercambio de saberes, conocimientos, y la interacción de una manera horizontal y sinérgica. Por su parte, aplicándola a la salud, requiere la apertura a conocer y comprender su cosmovisión³ y su cultura, actuar con absoluto respeto hacia las medicinas que conviven en un mismo espacio, y de la población atendida en los servicios médicos, generando con ello un enriquecimiento mutuo.

En cuanto a competencia intercultural, Aneas (2005) menciona que es la capacidad de la persona de ser hábil, eficiente o apta para desarrollar sus tareas y funciones, por lo que debe contar con ciertas actitudes, destrezas y conocimientos que le permitan dar una respuesta adecuada a los requerimientos de tipo profesional interpersonal y afectivo en contextos profesionales multiculturales.

Respecto a los conocimientos que son parte de los procesos socioculturales, estos se obtienen a partir de saberes tradicionales, religiosos, cotidianos, incluso científicos, en diferentes sociedades

3. El conjunto de ideas ordenadas con los que cada grupo interpreta la totalidad del universo y actúa en él. Depende entonces en sus costumbres, su lengua y su historia [...].

y momentos históricos. Están vinculados a las experiencias personales, pudiendo ser científicos o de sentido común. Por su parte, los saberes son infinitos y no necesariamente son comprobables, parten de la experiencia. Para lograr la apropiación del concepto de interculturalidad en medicina y su aplicación sistemática, resta un camino largo por recorrer. Kalinsky (2004) asevera que la forma de conocer la realidad es solamente a través del estudio y la experiencia según un método, es decir, ciencia. Bajo esta premisa se desarrolla actualmente el conocimiento global, asignando un carácter de privilegio implícito, lo que se interpone hasta cierto grado a la educación intercultural.

La medicina con enfoque intercultural: una oportunidad de formación en el marco de la medicina académica

La interculturalidad en la salud implica la convivencia abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica entre personas, grupos e instituciones, con características culturales particulares y posiciones diversas, debiéndose cumplir cuatro principios básicos: reconocimiento de la diversidad cultural, relaciones equitativas, respeto a las diferencias y enriquecimiento mutuo, recordando que ningún grupo social está por encima de otro. Cada grupo tiene su forma de entender y percibir la realidad y el mundo. En este sentido, los diferentes grupos sociales constituyen identidades y necesidades diferenciadas. El modelo intercultural para la implantación en los servicios de salud de la Secretaría de Salud (2008) propone como principio la participación activa de los diferentes actores sociales que abordan el tema de la salud, considerando no solo la interacción de las personas, sino el rol que desempeñan los recursos terapéuticos, los espacios y los aspectos administrativos y de dirección, por lo que la atención médica debe satisfacer las necesidades y expectativas de la población, en un marco de respeto a la diversidad e identidad cultural de usuarios y usuarias. Asimismo, la UNESCO señala que las competencias culturales se obtienen mediante la enseñanza, la autorreflexión de las propias creencias y valores como con interacción con otras culturas (2019).

La formación del personal de salud con estos nuevos enfoques cobra especial relevancia; sin embargo, no representa un reto de fácil solución considerando que, en muchos de los casos, conlleva a formar a los formadores. Las estructuras académicas de las universidades resultan en diversas y variadas percepciones, lo cual enriquece la discusión, pero atrasa el proceso.

Resulta lógico suponer que los profesionales que integran las plantillas académicas, dependiendo de la universidad de origen o de la experiencia desarrollada en el transcurso de su desempeño laboral, adquieren distintos enfoques sobre el binomio salud-enfermedad. Eventualmente, esa será la percepción que enmarcará su labor docente; desafortunadamente, en muchas ocasiones no resulta favorable para la apropiación de los aportes valiosos de las nuevas tendencias en la atención primaria a la salud, de esta manera se generan líneas de pensamiento contrarias a los planteamientos de algunos programas, por ejemplo, como se presenta en la UNICH para la licenciatura de Médico Cirujano. En todas las universidades, la discusión será siempre positiva, pero debe ser fomentada en los espacios adecuados para alcanzar acuerdos básicos que permitan fortalecer el proceso formativo de los estudiantes y que conlleven a la convergencia de acciones en beneficio de la sociedad.

La Universidad Intercultural de Chiapas, UNICH, fue fundada en el año 2004, con un programa académico enmarcado en el modelo intercultural propuesto por la Coordinación de Educación Intercultural y Bilingüe (CGEIB). En el año 2013, propone la formación de estudiantes en una licenciatura de Médico Cirujano con enfoque intercultural, incluyendo la vinculación comunitaria como eje transversal, junto con los ejes de lengua originaria y sociocultural. Incorpora en el plan de estudios realizar actividades articuladas con las diferentes carreras y las comunidades, en un modelo de interacción y convergencia de saberes entre los estudiantes y la población del territorio donde la universidad se inserta.

Esta dinámica concuerda con Artaza (2020), que enfatiza en la importancia de transmitir desde el pregrado, a los profesionales de la salud, herramientas y competencias que les permita conocer y desarrollar habilidades para el trabajo comunitario participa-

tivo, aplicar modelos de investigación y acción participativas, que favorezcan la transformación social.

La medicina académica cobra especial relevancia para la licenciatura de Médico Cirujano con enfoque intercultural de la UNICH, sobre todo en un estado con las características sociodemográficas de Chiapas. Según el INEGI (2020), el estado cuenta con una población total de 5,543,828 habitantes; solamente en la ciudad capital se alcanza el millón de personas, el resto son cabeceras municipales relativamente pequeñas con menos de 150 mil personas en promedio, que a su vez aglutinan en su demarcación política correspondiente a comunidades aún más pequeñas de entre 500 y 2,500 habitantes, de tal manera que más de la mitad (51 %) de las personas que viven en Chiapas habitan en localidades rurales de marcada y rica ascendencia cultural construida por pueblos originarios, descendientes todos ellos de mayas y zoques, Y donde oficialmente se hablan doce lenguas (SIC México, s/f). Es decir, que Chiapas, como muchos otros estados que integran la república mexicana, representa una oportunidad para generar modelos y metodologías de aprendizaje, en donde la investigación, la docencia y el servicio tomen en cuenta los factores sociales, culturales y económicos presentes en las comunidades.

Menéndez (2019) menciona que “para lograr procesos interculturales se deben identificar las similitudes más que analizar las diferencias”, revisar los procesos de autoatención, las concepciones biomédicas y la biomedicalización de la población, incluso de los curadores tradicionales, la relación de usos y costumbres y su cosmovisión, e identificar cómo cada uno ha incluido en su medicina las particularidades del otro, y cómo en la práctica aplican la interculturalidad.

Los ejes transversales de la Universidad Intercultural de Chiapas

La UNICH plantea la integración de la población tradicionalmente marginada, en un intento por reducir la desigualdad de oportunidades a través de la promoción y acceso de estudiantes de origen

indígena. La estrategia busca contrarrestar el acceso hegemónico del conocimiento científico, impulsando las relaciones horizontales entre individuos de diferentes culturas. De esta manera, la institución contribuye al rescate y difusión de expresiones culturales, incorporando la cosmovisión mediante un proyecto de formación, investigación y difusión. Aplica, en un proceso teórico-práctico, compartir saberes, métodos y procedimientos, buscando que la población indígena analice a mayor profundidad su entorno, contribuyendo a la transformación, intercambio y generación de conocimientos, tanto al nivel individual como colectivo (Casillas y Santiri, 2009).

El modelo pedagógico de las universidades interculturales, y por supuesto de la UNICH, está basado en tres ejes estrechamente enlazados: la docencia, la investigación y la vinculación comunitaria; siendo esta última el eje articulador que permite conjuntar las bases teóricas con la práctica y, a su vez, permite un diálogo intercultural bajo el reconocimiento de la comunidad como colectivo, del contexto fisiográfico y de la diversidad. En el caso de la licenciatura de Médico Cirujano, se impulsa una comunicación dialógica entre el médico y los pacientes, considerando los determinantes sociales y el contexto de la población. Los estudiantes parten del reconocimiento de las desigualdades estructurales que intervienen en la presencia de enfermedades para, posteriormente, analizar e implementar acciones de promoción de la salud en el marco de la atención primaria.

La licenciatura de Médico Cirujano divide el proceso formativo en el eje disciplinar propio de la carrera, enriquecido con la inclusión sistemática de los tres ejes transversales (vinculación comunitaria, lengua originaria y sociocultural). A través de un proceso de análisis, en un uso práctico de los conocimientos disciplinares adquiridos en las aulas, estudiantes y docentes definen de manera conjunta las áreas del conocimiento aplicable a la solución de la problemática observada, enriquecidas con el diálogo necesario que se establece con las comunidades que visitan. Este proceso permite incidir en la población mediante la aplicación de acciones de atención primaria. El desarrollo de la dinámica proporciona mayor confianza de la práctica, y obliga a coordinarse con un número cada vez mayor de actores que se relacionan

con el tema; dentro de la comunidad, con promotores, curanderos tradicionales, hierberos, parteras y, consecuentemente, con la Secretaría de Salud como rector directo del trabajo comunitario.

Con lo anterior se pretende generar en los estudiantes el compromiso social, como lo marca el perfil de egreso de la licenciatura. Se promueven principios bioéticos de justicia social, autonomía y beneficencia, considerando también el derecho a la salud y la equidad de la salud; a través de la implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, se logra el análisis del impacto de los determinantes sociales en las desigualdades estructurales en la salud.

Gradualmente, los futuros médicos aprenden la importancia de la vinculación comunitaria y las herramientas básicas para realizar una investigación, por ejemplo, la observación participante, la aplicación de entrevistas, sistematización y análisis de la información y su redacción con las referencias correspondientes. Así los estudiantes integran los conocimientos modulares y los correlacionan con la realidad de las comunidades. Finalmente, reconocen las percepciones y creencias sobre la salud, la enfermedad, la muerte y el cuerpo; identifican las prácticas y los conocimientos en torno al proceso salud-enfermedad-atención, sin perder de vista las necesidades propias de la población y los determinantes sociales. Aceptan como premisa que las enfermedades no deben ser tratadas solamente desde la visión biomédica, sino que resulta imperativo analizar los factores, sociales, culturales, económicos y políticos; con un enfoque desde la salud, y no solamente desde la enfermedad.

El proyecto integrador como modelo pedagógico

El modelo en el cual los médicos en formación sistematizan la información que generan en su diálogo permanente con las comunidades con las que interactúan se denomina proyecto integrador (PI); mediante estos proyectos se conjuntan los aprendizajes del contenido programático y se contrastan y fortalecen con la comunidad. Este proceso se implementó a partir de 2011, buscando la vinculación directa de los estudiantes con sus localidades de origen.

En esta etapa, las licenciaturas de Desarrollo Sustentable, Comunicación, Turismo y Lengua, llevaron a cabo técnicas metodológicas de participación comunitaria, en donde el modelo de diagnóstico rural participativo generaba la información de inicio para formular planes de intervención con la comunidad; vinculando de esta manera la realidad del área de influencia de la universidad y los estudiantes, con la intención de lograr un aprendizaje integral de acuerdo con la diversificación de contextos y la aplicación de las acciones concretas, dentro de un marco de referencia, con la participación de los estudiantes, los docentes y la comunidad.

El proyecto integrador se destaca como un excelente instrumento metodológico de planeación y de sistematización de los resultados obtenidos, favorece en gran medida a la articulación del diálogo intercultural y de retroalimentación en el proceso de enseñanza-aprendizaje entre la comunidad, la academia de la licenciatura y los estudiantes. En el planteamiento que hacen Ávila *et al.* (2016), el proceso rescata, promueve y fortalece la sabiduría y las experiencias de los habitantes de los núcleos comunitarios de incidencia. Aunque el objetivo de este proceso pedagógico es la formación integral de los estudiantes, tiene como fin último sentar las bases para la transformación progresiva de la realidad en que viven los habitantes de estas.

La licenciatura de Médico Cirujano retoma la experiencia y la adapta al sistema modular bajo la cual se desarrolla. El diagnóstico inicial permite al estudiante reflexionar la realidad socioeconómica y ambiental de la comunidad, identificando las áreas de incidencia desde el enfoque de la atención primaria de la salud. De esta manera se abordan temas específicos de las diferentes áreas del conocimiento de cada uno de los módulos que integran los primeros seis semestres y, en una lógica constante de retroalimentación, se abona de forma paralela en la transformación positiva de la problemática específica en los temas de salud de la comunidad. Las comunidades se seleccionan aplicando diversos criterios administrativos, logísticos y de seguridad, entre los que destacan: el origen de los estudiantes, el trabajo de PI realizado previamente por generaciones anteriores, el catálogo del departamento de vinculación comunitaria y servicio social de la univer-

sidad, y las indicaciones del Distrito de Salud II, que certifica la articulación de las acciones como líder del sector.

La pandemia de COVID-19 interrumpió completamente las salidas a la comunidad, obligando a modificar la dinámica, estableciendo grupos de confianza integrados por redes familiares que permitían llevar a cabo la dinámica como estrategia de apropiación de la metodología, pero no la operación completa del PI. Es indudable que este periodo especial significó un retroceso en el proceso formativo con este modelo. Sin embargo, en la etapa pospandemia, a partir del año 2023, se retomaron las salidas a las comunidades bajo nuevas consideraciones de la Secretaría de Salud del estado y del Distrito de Salud II San Cristóbal, tomando en cuenta aspectos de seguridad y mayor coordinación con la institución que encabeza el sector.

Las acciones se llevan a cabo en equipos que trabajarán durante todo el proceso en la comunidad designada, que puede ser rural o bien en barrios dentro de la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, los estudiantes realizan el diagnóstico sociocultural, económico, demográfico y epidemiológico. Mediante el análisis de la información recabada y sistematizada, planifican y llevan a cabo diversas acciones de atención primaria, sobre todo, a partir del tercer semestre, de promoción de la salud y prevención de enfermedades, siempre de manera articulada con los responsables de las clínicas comunitarias. Las actividades se dirigen especialmente a los sectores de la población cuyas condiciones o características las convierten en grupos vulnerables o susceptibles a padecimientos que se evitan con prevención.

No obstante, la propuesta inicial de la UNICH fue retomar el PI con la participación de las otras carreras para reforzar el enfoque multidisciplinario, la necesaria inclusión de las estrategias regionales de la Secretaría de Salud —puesto que estructuralmente las acciones deben también corresponder a los objetivos particulares de atención diseñados desde esa institución— afectó la propuesta de cobertura territorial de la UNICH y su estrategia particular. En contraparte, se favoreció la entrada y permanencia de los estudiantes en las diferentes localidades, y, sobre todo, acceder a las áreas de influencia de las localidades para llevar a cabo acciones de

atención primaria de la salud, al tiempo que aprenden en la práctica las actividades que se realizan en el primer nivel de atención.

Durante las visitas los estudiantes caracterizan a la comunidad e identifican de manera progresiva los factores culturales que favorecen o impiden la presencia de las enfermedades, y cómo se aplica o pueden aplicar la interculturalidad en las acciones que realizan. Las características culturales, usos y costumbres, valores, prácticas de salud y percepciones referente al cuerpo, la salud, la enfermedad, incluso la muerte, implementan acciones adaptados a su cultura.

Las acciones preventivas y de atención primaria tienen mayor impacto en las comunidades en donde el personal de salud trabaja articuladamente con la población, a través de los comités de salud y de los diferentes actores que participan en la organización de las tareas del centro de salud. Las comunidades con mejores avances en el tema han establecido una estructura coordinada entre las instituciones, los estudiantes y sus responsables internos.

Como ejemplo, la comunidad tsotsil del Romerillo en el municipio de San Juan Chamula, Chiapas, la cual forma parte del catálogo de vinculación comunitaria de la UNICH, representa un espacio de aprendizaje invaluable en el modelo pedagógico de la universidad. En esta comunidad, además del centro de salud, existe una casa materna donde las parteras tradicionales cuentan con un espacio para atender a sus pacientes; siempre con la opción para la decisión de las mujeres de decidir quién las atiende. La comunidad generó un espacio integral de atención que incluye la clínica con el personal correspondiente de la Secretaría de Salud y el modelo tradicional que incluye a las parteras, medicina herbolaria y curanderos tradicionales. En función del seguimiento se toman las consideraciones técnicas. En la misma dinámica, la población acude indistintamente a los dos espacios para su atención, teniendo la seguridad de apoyo y respeto a su cosmovisión cultural y sabiendo además que el personal asignado habla la lengua originaria del lugar, por lo que la comunicación médico-paciente es mucho más efectiva. El modelo integral de atención funciona debido a la apertura institucional, al personal de campo y a las consideraciones especiales de la asamblea de la comunidad. Desde cualquier perspectiva, el modelo resulta funcional y es digno de estudios particulares para su réplica.

La vinculación de las actividades de enseñanza-aprendizaje a la realidad de salud y a las prácticas de trabajo en equipo, marcada por la reflexión de qué hacer y cómo hacerlo de manera compartida, señalan hacia la apropiación de la corresponsabilidad del cuidado, importante aportante en la formación de los médicos, en particular de la APS. En estos escenarios, la articulación de la universidad con los servicios de salud ante las necesidades y problemas de la comunidad-familia-persona constituye un gran desafío. Significa formar para que incorporen nuevas formas de hacer salud (Peixoto, 2019).

El modelo PI se inserta en la propuesta de investigación-acción, puesto que favorece al diálogo y genera conciencia crítica. La convergencia de saberes como herramienta de base para proponer cambios a una realidad específica, en una construcción conjunta y responsable, son elementos constantes en el PI. Su diseño complementario y gradual adquiere, en el proceso, todos los criterios de investigación-acción participativa que sustentan un ejercicio de sus características y que enlistan Suchowierska y White (2003). El PI genera conocimientos importantes para establecer marcos teóricos, información específica de las localidades y del territorio, que se han sumado progresivamente en la biblioteca de la universidad, permitiendo a los estudiantes una base excepcional para entender la comunidad asignada. Los documentos son la evidencia final del aprendizaje y de la investigación, construido a partir de la sistematización de las acciones realizadas en las localidades, analizando desde la práctica los aspectos teóricos y académicos.

Conclusiones y propuestas

El desarrollo socioeconómico y las percepciones culturales resultan centrales para entender la dinámica del concepto de salud-enfermedad desde el enfoque intercultural, incluida la transformación del entorno ambiental para la producción. En el marco de la medicina académica, la salud representa un caso particular y de extremo cuidado por las implicaciones en la población, por tanto, es imprescindible tomar en cuenta diferentes apreciaciones para

mantener un equilibrio entre la manera de abordar la solución a las problemáticas presentes en la comunidad donde existen personas con roles en el cuidado y atención, como el caso de las parteras, los curanderos, hueseros, rezadores, etc., que emplean métodos diferentes a la medicina hegemónica, basados en la herbolaria, ritos y diversas tradiciones, no necesariamente equivocadas; o los promotores y promotoras vinculados con los servicios formalizados de salud responsables de brindar atención a la población. La interculturalidad permite conjuntar conocimientos, habilidades y actitudes en la formación de médicos y trabajadores de la salud en general, competencias que adquieren en el aula y que generan una experiencia única en su proceso de formación al aplicarlas de manera paralela en los núcleos comunitarios.

Otra dinámica necesaria en la formación de cuadros de salud con un enfoque distinto es la formación de los formadores. En la formación de personal médico debe incluirse la competencia cultural, los determinantes sociales, el conocimiento y reflexión de ambos, e impulsar la salud más que la curación. Articular las instituciones y la capacitación docente en APS se hace necesario para articular todos los conocimientos e impulsar la formación biomédica, sociomédica y humanística.

El rol del docente se vuelve trascendental para acompañar, estimular y orientar el proceso educativo, generando en los estudiantes una conciencia crítica y con un compromiso para transformar una sociedad más justa, equitativa y solidaria, y con menos desigualdades. Resulta de vital importancia, en la propuesta, establecer un programa de inducción académica que contemple la interculturalidad, las medicinas alternativas, en las áreas disciplinares; el análisis y discusión conceptual tiene como objetivo establecer criterios entre grupos académicos, para favorecer el respeto a los saberes y conocimientos durante el periodo de formación de los estudiantes, además de unificar y brindar una visión acorde a los perfiles de egreso. La fase de inducción para los grupos académicos de educación superior en medicina permitirá enlazar específicamente los temas que integran sus respectivas asignaturas a la estrategia general de vinculación con los pueblos y comunidades, a su vez, los estudiantes podrán analizar en perspectiva, el aporte del conocimiento adquirido en las áreas del

conocimiento, las herramientas y habilidades que fortalecen su práctica como futuros médicos.

Por otro lado, el enfoque de la atención primaria de la salud prioriza la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Es de suma importancia el diseño y la aplicación de un programa de lengua originaria específico en la formación de los médicos, que abone a la comprensión de la cosmovisión de los pueblos originarios. El programa debe articular los saberes y generar al final del proceso las competencias necesarias para favorecer la comunicación médico-paciente, bajo la lógica intercultural mencionada con anterioridad.

La atención primaria a la salud y el enfoque de la interculturalidad debe ser una lucha social como cualquier otro movimiento reivindicativo, planteado además como necesario para promover el respeto por todos los saberes y las creencias construidos por los pueblos y culturas, independientemente de cómo se generaron. Sin duda, hay aspectos que es necesario cambiar, pero sin que prevalezcan las imposiciones, aceptando el valor que tiene para cada pueblo, grupo o sector de donde surge ese conocimiento o creencia, y sobre todo cuál es el impacto, su relación con la salud. Debe también aceptarse que con el mestizaje también se perdieron saberes ancestrales en detrimento de la salud y que vale la pena rescatar a través de procesos creativos junto con el método científico.

Es necesario transmitir sistemáticamente a los futuros médicos que un conocimiento no es más importante o menos valioso que otro, que son tan importantes los saberes de las comunidades como el proceso que ha requerido su construcción, entender por qué debemos respetar sus creencias, emociones y percepciones de los padecimientos, y la utilidad en su futura práctica médica. Por otro lado, es necesario reconocer que la interculturalidad y la vinculación comunitaria son elementos indispensables para impulsar la atención primaria de salud; si se reconoce el contexto, las características de las comunidades, su forma de organización, los determinantes sociales que favorecen la aparición de enfermedades tanto a nivel individual, familiar y del colectivo, así como los servicios a los que tienen acceso, les permitirá exigir de manera corresponsable cómo resolver su problemática.

Bibliografía

- Abreu, L. F. y León, R. (2016). *Una agenda para el cambio de la educación médica en México. Horizonte 2023*. Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina A. C. AMFEM.
- Almaguer, J. A., Vargas, V. y García, H. J. (2002). *El enfoque intercultural: herramienta para apoyar la calidad de los servicios de salud*. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Secretaría de Salud.
- Aneas, M. A. (2005). Competencia intercultural, concepto, efectos e implicaciones en el ejercicio de la ciudadanía. *Revista Iberoamericana de Educación* (ISSN: 1681-5653), 36(13). DOI: <https://doi.org/10.35362/rie36133004>.
- Artaza, O., Santacruz, J., Girard, J. E., Álvarez, D., Barria, S., Tetelboin, C. et al. (2022). Formación de recursos humanos para la salud universal: acciones estratégicas desde las instituciones académicas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 44-83. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.83>
- Ávila, L. E., Betancourt, A., Arias, G. y Ávila, A. (2016). Vinculación comunitaria y diálogo de saberes en la educación superior intercultural en México. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 21(70), 759-783.
- Casaca, P. (2019). Antropometría y cuidados culturales a la salud. En: *Antropo-enfermería y cuidados culturales a la salud* (pp. 21-44). Cd. de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia – Universidad Nacional Autónoma de México.
- Casillas, M. L. y Santini, L. (2009). *Universidad Intercultural. Modelo Educativo*. Coordinación General de Educación Intercultural y Bilingüe. Secretaría de Educación Pública.
- De la Fuente, J. R. (2014). Medicina académica y medicina asistencial. *Archivos de Cardiología en México*, 84(1), 41-44. <https://doi.org/10.1016/j.acmx.2014.01.001>
- Diario Oficial de la Federación (2019). Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. (Publicación DOF 12/07/2019). Presidencia de la República. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019#gsc.tab=0
- Echeverry, O. (2016). Atención primaria de la salud: una nueva oportunidad. *Carta Comunitaria*, 24(140), sept.-oct.
- Eroza, E. y Carrasco, M. (2020). La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia. *LiminaR*, 18(1), 112-128. Epub. 15 de mayo de 2020. <https://doi.org/10.29043/liminar.v18i1.725>
- González, M. (2019). La interculturalidad, el paradigma de la diversidad. https://www.researchgate.net/publication/333774124_LA_INTERCULTURALIDAD-ensayo

- Guzmán-Rosas, S. C. (2016). La interculturalidad en salud: un espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15(31), 10-29.
- Hernández, S. E. (2022). *La interculturalidad en las políticas públicas en México*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- INEGI (2020). <https://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/chis/default.aspx?tema=me&e=07>; https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_Chis.pdf
- Kalisky, B. y Arrúe, W. (1996). Salud e interdisciplina. ¿Fracaso epistemológico o práctica de la inter-gestión de la ciencia? En: *Claves antropológicas de la salud. El conocimiento en una realidad intercultural*. Capítulo V. pp. 219-244.
- Ley General de Educación Superior (2021). Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Art. 07. Fracción II. p. 5. 20 de abril.
- Menéndez, L. E. (2016). Salud Intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Revisao. Ciênc, saúde colet*, 21(1), enero.
- (2019). Interculturalidad y procesos de salud/enfermedad: aspectos metodológicos y conceptuales. En: *Antropoenfermería y cuidados culturales a la salud* (pp. 45-59). Cd. de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia – Universidad Nacional Autónoma de México.
- Modelos de atención en salud (s/f). OPS. En Modelos de atención en salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org).
- OMS (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. URSS.
- OPS/OMS (2020). *Pacto 30-30-30 para la Salud Universal*. Folleto de la Organización Panamericana de la Salud en <https://www.paho.org/es/documentos/>
- Peixoto, M. T., Jesús, W. L. A., Carvalho, R. C. y Assis, M. M. A. (2019). Formación médica en la atención primaria de la salud: experiencia con múltiples abordajes en las prácticas de integración, enseñanza, servicio y comunidad. *Interface (Botucatu)*, 23(Supl.1).
- SIC México (s/f). Sistema de Información Cultural. Gobierno de México. https://sic.cultura.gob.mx/lista.php?table=inali_li&estado_id=7&municipio_id=-1
- Suchowierska, M. y White, G. (2003). Investigación-acción participativa y discapacidad. Pautas para evaluar el rigor científico y la naturaleza. *Apuntes de Psicología*, 21(3), 437-357. ISSN: 0213-3334.
- Trujillo, L., Villafañe, S., García, N. y Orantes, O. (2013). Estudiar Medicina: entre la realidad y la fantasía. *Espacio I+D Innovación más Desarrollo*, 2(2), 58-73. DOI: 10.31644/IMASD.2.2013.a05.

UNESCO (s/f). UNESDOC. Biblioteca digital en <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000251592>

Villalobos, H. (2019). *Apuntes sobre la intercultural del proceso salud-enfermedad en el periodo colonial de México*. Ciudad de México. UNAM.

Capítulo 9

Uso de las tecnologías de información en medicina académica de atención primaria en salud

Igor Martín Ramos Herrera¹

Resumen

La integración de la medicina académica en la atención primaria en salud implica el análisis del aprendizaje de los profesionales de la salud en formación, ya que este proceso debe realizarse en los espacios en los que sucede esta última. Las tecnologías de información se incorporan en dichos espacios de acuerdo a su utilidad, disponibilidad y aplicabilidad. El objetivo de este capítulo es describir las competencias digitales que deben poseer los profesionales de la educación médica y de la salud, discutir el rol que desempeñan las tecnologías de la información, la comunicación, el conocimiento y el aprendizaje digital en los espacios donde se lleva a cabo la medicina académica de APS y discutir la trascendencia de dichas tecnologías en la formación de los nuevos recursos humanos en México.

Existen dos clases de competencias digitales, las que deben poseer los docentes de educación médica y las que deben desarrollar los profesionales de la salud egresados formados en las escuelas y facultades de Medicina del país. Es preponderante conocer el rol que desempeñan las tecnologías de la información y la comunicación en los espacios donde ocurre la atención primaria en salud con base en el modelo de medicina académica. Este análisis

1. Médico cirujano y partero, doctor en Innovación Educativa. Profesor investigador, Departamento de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Correo electrónico: iramos@cucs.udg.mx.

resalta la trascendencia del correcto uso de dichas tecnologías por parte de los nuevos profesionales de la salud que se incorporan a los esfuerzos de atención primaria en México. Se propone un esquema de los sistemas de información que se pueden aplicar en los espacios donde ocurre la atención primaria en salud y se hace énfasis en la importancia de desarrollar las competencias digitales en docentes y estudiantes del área de la salud, ya que las tecnologías garantizan que los profesionales de la salud se integren a tales trabajos de forma segura y efectiva a escala de país y global.

Palabras clave: atención primaria de la salud; educación médica; formación de recursos humanos; tecnologías de la información y la comunicación.

Introducción

Sociedad de la información y sociedad del conocimiento son dos términos que se utilizan para denotar la dinámica en la que vivimos actualmente. El primero de ellos trata del acceso cada vez más rápido y fácil a una cantidad enorme de datos a través de la creación, acceso, manejo e intercambio de contenido electrónico, mientras que el segundo se refiere a la construcción del saber como un medio de desarrollo, con el objetivo de producir conocimiento con un amplio sentido social y con aplicación inmediata (Pérez *et al.*, 2018). La humanidad transitó de la sociedad de la información a la sociedad del conocimiento en los últimos veinte años, en este contexto el desarrollo de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) ha crecido a pasos agigantados para crear herramientas y escenarios que permiten enfrentar los cambios constantes en la geografía política y económica del mundo.

La sociedad del conocimiento depende de las TIC para lograr sus propósitos y en gran medida esto se ha logrado por el crecimiento del Internet, el uso de dispositivos móviles, así como el gran desarrollo de *software*, que han permeado a casi cualquier actividad humana y en particular a las actividades científicas, educativas, económicas y sociales. Esto ha llevado a modificar el término TIC por el de TICC, que significa *tecnologías de la información*,

de la comunicación y del conocimiento, y posteriormente el de TIC-CAD, más acorde al ámbito educativo, que significa *tecnologías de la información, comunicación, conocimiento y aprendizaje digital*. Este último incorpora diversas oportunidades para innovar la práctica docente. Específicamente, las tecnologías inmersivas, que ofrecen la posibilidad de integrar entornos virtuales con elementos del mundo real con diferentes niveles de interacción (Cavazos, 2021); dicho término será el que utilizaremos en el presente trabajo.

Los nuevos modelos educativos para la formación de los profesionales de la salud, propuestos desde las instancias educativas internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la UNESCO o la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y aplicados en los ámbitos nacionales a través de las escuelas y facultades de medicina de México, tal y como Parra (2013) señala:

Se basan principalmente en el desarrollo de competencias profesionales, es decir, la integración de conocimientos, habilidades y actitudes que se desarrollan en los distintos niveles de formación, para atender los problemas de salud de las personas y sus comunidades, problemas que se presentan cada vez con mayor frecuencia en situaciones complejas, entornos dinámicos y con desenlaces inciertos (p. 44).

Estas competencias han sido identificadas desde distintos ángulos y contextos, por ejemplo, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) propuso siete competencias genéricas basadas en los principios de no copiar competencias definidas en otros contextos del país y que se orienten a resolver los problemas propios. Cada competencia genérica determina una serie de competencias específicas, de tal forma que la tercera competencia genérica señala que el profesional de la salud tiene capacidad metodológica e instrumental en ciencias y humanidades y de ella deriva la competencia en el manejo de las tecnologías de la información y comunicación para solucionar los problemas en la práctica profesional (Abreu *et al.*, 2008).

Por su parte, la medicina académica (MA) es aquella que tiene su sustento en la enseñanza y en la investigación y también en el análisis documentado de los procesos que determinan la salud y la enfermedad (De la Fuente, 2014). Gracias a ello, este tipo de medicina puede ofrecer un servicio de salud con calidad, pero sola-

mente si se realiza con apego a la ética del trabajo médico y el respeto a los derechos de todos los pacientes y sus familiares. Por otro lado, la atención primaria de salud (APS) es una estrategia para la atención a la salud de las poblaciones, en donde predominan: a) las acciones de atención a la salud en los espacios sociales donde viven, trabajan y se desarrollan las personas; b) la participación de las personas en los planes, la implementación y la evaluación del modelo de salud con que se atiende a la misma población; c) la atención a la salud conforme al desarrollo tecnológico de las propias poblaciones; d) el uso de los saberes y los recursos de las propias poblaciones; y e) la conservación de la biodiversidad (Crocker, 2015).

En este sentido y siguiendo las ideas del mismo autor, es importante identificar cómo la integración de la MA en la APS toma relevancia, ya que el aprendizaje y la formación de recursos humanos en salud debe darse en los espacios en que viven y trabajan las personas, en donde se ofrece el primer nivel de atención a la salud, y en donde la gestión social del conocimiento, surgido de la investigación social, toma un rol preponderante en el aprendizaje (Crocker, 2015). En estos espacios, las TICCAD se incorporan de acuerdo a su disponibilidad, su manejo por parte de los docentes y el modelo educativo que se aplique en esos espacios.

Por lo anterior, en este capítulo se describen en primer lugar las competencias digitales que deben poseer los profesionales de la educación médica, así como los profesionales de la salud egresados de las escuelas de medicina del país; también se discute el rol que desempeñan las TICCAD en los espacios donde ocurre la APS con base en la MA; finalmente, se discute la trascendencia de las TICCAD en la formación de los nuevos recursos humanos para la APS en México.

Desarrollo

Las TICCAD han transformado los métodos en que se adquiere el conocimiento y en cómo las personas se relacionan (Universidad en Internet, 2023). Incluir estas tecnologías en el ámbito educa-

tivo requiere la consideración de situaciones que deben realizarse de forma previa, que son: capacitar al profesorado para introducir las TICCAD en la *curricula* educativa, en donde ellos pueden determinar cuáles estrategias y herramientas se adaptan mejor a sus cursos y a sus estudiantes, educar a los estudiantes en el uso correcto de estas herramientas digitales y que las instituciones educativas definan los modelos educativos correctos, adopten las modalidades educativas correspondientes (Gobierno de México, 2022) y adquieran los recursos materiales y equipos necesarios, tanto a nivel individual como colectivo. Si los docentes cuentan con la formación y recursos necesarios se adoptará la tecnología en el aula de manera eficiente. Pero no solo se trata de ver la forma de incorporarla, sino de tener en consideración las brechas que dividen el acceso equitativo a la misma educación.

Las competencias que debe adquirir o desarrollar el estudiante de medicina es un proceso que puede involucrar a múltiples partes, incluyendo organizaciones gubernamentales, instituciones educativas de medicina, asociaciones médicas y expertos en educación médica. Las competencias son definidas como la capacidad de un profesional para tomar decisiones, con base en los conocimientos, habilidades y actitudes asociadas a la profesión, para solucionar los problemas complejos que se presentan en el campo de su actividad profesional (UNESCO, 2022).

Aunque las competencias profesionales específicas pueden variar de un país a otro, hay algunas organizaciones internacionales y principios comunes que influyen en la definición de estas competencias:

- Organizaciones de acreditación y reguladoras: En muchos países, estas organizaciones, como los ministerios de Salud y los consejos médicos, desempeñan un rol fundamental en la definición y regulación de las competencias que deben tener los estudiantes de medicina. Ellas establecen los estándares mínimos que las escuelas de medicina deben cumplir.
- Las asociaciones médicas nacionales e internacionales, como la Asociación Médica Americana (AMA) en Estados Unidos, la Asociación Médica Mundial (AMM) y la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina de México (AMFEM), a menudo participan en la definición de competencias médicas.

Dichas organizaciones pueden emitir pautas y recomendaciones basadas en la investigación y la práctica médica actual.

- Las facultades y escuelas de Medicina desempeñan un rol clave en la definición de las competencias de los estudiantes de medicina. Pueden adaptar los estándares y las recomendaciones internacionales y nacionales a su propio contexto educativo y desarrollar programas de estudio que cumplan los requisitos y respondan a las necesidades reales.
- Los comités y grupos de trabajo de expertos en educación médica, compuestos por académicos, médicos en ejercicio y otros profesionales de la salud, a menudo se reúnen para revisar y actualizar las competencias requeridas para los estudiantes de medicina. Estos expertos pueden basarse en la investigación y la experiencia práctica para determinar qué habilidades y conocimientos son esenciales.

Dado que la medicina es una disciplina global, la colaboración entre países y la adopción de estándares internacionales también influyen en la definición de competencias. Organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) trabajan en la definición de estándares globales en la educación médica.

Competencias digitales de los profesionales de la educación médica

Hace ocho años, el cuerpo académico de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina publicó el libro *La educación médica en México* (AMFEM, 2015). En uno de sus capítulos se describen las cualidades que debía poseer el profesorado universitario dedicado a formar profesionales de la salud. Una de las características mencionadas es la habilidad para el uso de las tecnologías de información y redes de comunicación. La propuesta final en este sentido fue un programa integral para la profesionalización docente que incluía la metodología, las estrategias y los proyectos de desa-

rrrollo y educación continua; de esta propuesta rescató la capacitación docente en las tecnologías de información para la educación.

Más aún, la Organización Panamericana de la Salud (Suárez *et al.*, 2023) publica recientemente un informe especial que trata sobre las competencias docentes en ciencias de la salud pública, en el que identifican diez dominios de competencias para los docentes médicos en América Latina, considerando como dominio a la agrupación de las competencias en esferas o ámbitos de práctica, las cuales, al intersectarse, favorecen la integralidad de los docentes en salud pública. Además de los dominios disciplinar y pedagógico, que son obligados en todo docente del área, para fines de este documento en el que se habla de la MA en la APS, destacan también los siguientes dominios:

El dominio transcultural y comunitario, que se refiere a conocer las necesidades de salud de una población y su relación con la cultura de esta, en el que el docente en salud pública debe manejar una perspectiva integradora de los aspectos transculturales y comunitarios, asociados a los problemas de salud.

El dominio epistemológico, que se refiere a la deconstrucción de saberes, mediante la interacción con diferentes campos disciplinarios para promover el avance de la salud pública y en el que la generación de conocimientos en áreas específicas de la salud pública debe dar paso a la validez y vigencia del conocimiento existente y la generación de nuevo conocimiento con bases sólidas.

El dominio digital, que se refiere a las competencias para el manejo de las tecnologías digitales, necesarias para favorecer la formación de profesionales de la salud en un contexto permanente de transformación digital para el acceso al conocimiento.

Los dominios disciplinar y pedagógico son centrales para la docencia en salud pública en el marco de referencia que define la OPS para la región de las Américas, mientras que los tres dominios destacados por su importancia para este análisis son identificados como dominios transversales para cualquiera de las disciplinas del área de la salud, lo que hace distintivo este marco de referencia recientemente publicado (Suárez *et al.*, 2023). Especialmente destaca el dominio digital, que permite a los docentes utilizar no solo las tecnologías educativas, sino también que los estudiantes aprendan su uso en la práctica profesional de la atención a la salud.

Dentro de esta dimensión digital, los autores definen cinco competencias docentes esenciales que se enfocan en las habilidades y conocimientos que deben poseer los docentes que desempeñan sus labores en los países de la región. Estas competencias digitales son las siguientes:

25. Identificar las diferentes modalidades educativas y las herramientas tecnológicas asociadas a estas para diversificar la enseñanza de la salud pública.

26. Incorporar sistemas de información y del conocimiento arbitrados y abiertos (Campus Virtual de Salud Pública y Biblioteca Virtual de Salud, entre otros) en salud pública para enriquecer los procesos de enseñanza aprendizaje y favorecer los aprendizajes situados.

27. Crear contenidos y recursos digitales elementales con perspectiva inclusiva y con pertinencia cultural mediante el uso de tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC), en aras de enriquecer los procesos de enseñanza aprendizaje en salud pública.

28. Comprometerse con la alfabetización mediática, informacional y digital de docentes, estudiantes y otros actores del proceso educativo como un eje indispensable para promover una cultura de la información, de protección de datos personales, del uso adecuado de la inteligencia artificial, y para el ejercicio de una ciudadanía digital responsable en salud pública.

29. Identificar los principios rectores de la transformación digital en salud pública con el propósito de formar estudiantes que favorezcan los cambios digitales esperados en la Región de las Américas (Suárez *et al.*, 2023, p. 5).

Como se puede apreciar en estas competencias para los docentes, que coinciden de alguna manera con las señaladas previamente por la AMFEM, se hace énfasis en las habilidades para utilizar las tecnologías para la formación de recursos humanos en salud, acceder a información científica clave para las actividades docentes y mantener siempre en perspectiva a las funciones esenciales de la salud pública, las cuales, a fin de cuentas, favorecen las acciones docentes orientadas al aprendizaje e implementación de la APS.

Competencias digitales de los estudiantes de medicina

La enseñanza de la medicina es cada día más compleja, más costosa y más dinámica en el nuevo paradigma de la educación superior. Atrás quedó el modelo enciclopédico y la enseñanza memorista (De la Fuente, 2014). Ahora se adoptan modelos más innovadores y acordes a los contextos actuales, como el modelo educativo por competencias o el modelo educativo transdisciplinar (Carbonell, 2015). En este sentido, se proponen las siguientes competencias a desarrollar en los estudiantes de medicina durante su formación médica. Entre ellas, se encuentran las relacionadas con las TICCAD. Estas competencias les ayudan a tomar decisiones informadas, brindar una mejor atención al paciente y mantenerse actualizados con los últimos avances en el campo médico. Desde hace un par de décadas, diversos autores en todo el mundo han participado y contribuido en la definición de estas competencias en todo el mundo (Magallanes *et al.*, 2011; Montero *et al.*, 2019; Campos *et al.*, 2021). Con base en dichas propuestas, se presentan algunas de las competencias que consideramos son clave para la formación médica actual:

Manejo de registros médicos electrónicos. Los estudiantes de medicina deben aprender a dominar el uso de sistemas de los registros médicos electrónicos, o expedientes electrónicos, para documentar la información del paciente, revisar el historial de salud, solicitar pruebas de diagnóstico y realizar un seguimiento del progreso del paciente. También deben comprender la importancia de mantener la privacidad y seguridad del paciente al utilizar estos sistemas.

Gestión de la información sanitaria. Comprender cómo gestionar y organizar la información sanitaria de manera eficiente es otra competencia que se debe desarrollar durante la formación médica; en esta actividad se incluyen los procedimientos de codificación de las enfermedades, como la CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2023), que es esencial para reportar de forma certera el diagnóstico de los pacientes y la prestación eficaz de la atención sanitaria.

Habilidades de telemedicina. En la era de la telemedicina los estudiantes en formación deben estar familiarizados con las

tecnologías de telesalud, las consultas virtuales y la monitorización remota de pacientes, que permite el ahorro en tiempo y recursos para acceder a los centros de atención y posibilita un servicio más rápido y oportuno.

Aplicaciones y *software* de salud. La familiaridad con las aplicaciones y herramientas de *software* médicas que ayudan en el diagnóstico, la planificación del tratamiento y la educación del paciente es fundamental. Esto incluye el manejo adecuado de aplicaciones como: las calculadoras de tratamiento y dosificación, los programas de verificación de interacciones entre medicamentos o las aplicaciones de acceso y visualización de imágenes médicas.

Análisis e interpretación de datos. El desarrollo de habilidades en análisis e interpretación de datos permite a los estudiantes de medicina tomar decisiones basadas en evidencia y realizar investigación clínica. Es importante que el médico comprenda los conceptos estadísticos básicos, así como la interpretación de datos, ya sea en formato de tablas o de gráficos.

Investigación y literatura médica. La competencia de búsqueda y evaluación de literatura médica, el uso de bases de datos y repositorios en línea como PubMed, y el mantenerse al día con los reportes de investigación médica, son saberes vitales para la práctica médica basada en evidencia. Esta competencia requiere de interactuar con los sistemas informáticos de búsqueda y recuperación eficiente de información, así como la identificación de información falsa o errónea. Eventualmente se podrá establecer un trabajo de APS basada en evidencias que dará mayor efectividad a las acciones realizadas.

Concientización sobre ciberseguridad. Los estudiantes de medicina deben conocer los riesgos asociados con la atención médica digital y aplicar las mejores prácticas de ciberseguridad para proteger los datos de los pacientes y mantener la integridad de los sistemas electrónicos.

Consideraciones éticas y legales. Los estudiantes de medicina deben comprender los aspectos éticos y legales del uso de las tecnologías para la atención médica, incluido el consentimiento informado del paciente, las regulaciones de priva-

- cidad de datos (por ejemplo, HIPAA en Estados Unidos) y la negligencia médica relacionada con el uso de la tecnología.
- Conocimiento de interoperabilidad. Los médicos deben conocer cómo los diferentes sistemas y dispositivos electrónicos de atención médica pueden comunicarse y compartir datos, ya que esto es esencial para brindar una atención integral al paciente e identificar cómo se llevan a cabo los procesos de transmisión de datos y sus posibles fallas.
- Educación del paciente y de la comunidad. Además, los médicos en formación deben aprender a educar a los pacientes sobre dónde y cómo obtener información sobre su condición, opciones de tratamiento y atención preventiva. Esta educación del paciente es crucial para la participación adecuada y el cumplimiento de indicaciones médicas, y que, a la vez, no hagan un uso indiscriminado de la información publicada en redes sociales o en sitios web no oficiales.
- Aprendizaje continuo. Los estudiantes de medicina deben adoptar el aprendizaje permanente en el campo de la tecnología en salud, que se encuentra en rápida y constante evolución; esto les permitirá mantenerse actualizados con las nuevas herramientas y las mejores prácticas.
- Habilidades de comunicación. La comunicación eficaz con los pacientes, los colegas y los profesionales de la tecnología de información es esencial. El estudiante debe desarrollar la capacidad de articular cuestiones relacionadas con las TIC y colaborar con las áreas de sistemas e informática de la institución en la que labore, para propiciar el buen funcionamiento de los sistemas digitales.
- Mejora de la calidad. El uso de datos y tecnología para monitorear y mejorar la calidad, la seguridad y los resultados de la atención médica es un área de creciente importancia en la atención médica. El estudiante de medicina deberá conocer estos procesos y el rol que desempeña la información en la mejora de la calidad de la atención.

Sin embargo, debemos hacer notar que solo algunas de las competencias digitales se enfocan en la APS, por ejemplo: gestión de la información sanitaria, habilidades de telemedicina, aplicaciones y

software de salud, análisis e interpretación de datos, concientización sobre ciberseguridad y educación del paciente y de la comunidad.

Estas competencias garantizan que, al concluir su formación profesional, los estudiantes de medicina desempeñen sus labores de manera eficiente en el contexto cada vez más tecnologizado de la atención médica y brinden la mejor atención posible a su comunidad, respetando al mismo tiempo todos los estándares éticos y legales. Además, estas habilidades son valiosas para su desarrollo profesional y su adaptación a un entorno sanitario rápidamente evolutivo.

El rol de las TICCAD en la atención primaria de salud

Habiendo identificado las competencias profesionales de los docentes y de los estudiantes de medicina en materia de TICCAD, procede analizar las competencias digitales que requieren los profesionales de la salud en formación para la APS, bajo el modelo de MA.

Las TICCAD, como se ha expuesto previamente, son herramientas que el profesional de la salud puede utilizar para ofrecer una atención primaria integral a la comunidad, proveer de un manejo más eficiente de los problemas que se presentan, acceder a los datos e información en salud de la comunidad y acceder a los expedientes y evidencias clínicas que contribuyan a los procesos de prevención primaria y secundaria en la población (Vázquez & Ortega, 2016). En este sentido la APS, como lo menciona Crocker (2015), ocurre en tres espacios sociales, los cuales permiten describir el rol de las TICCAD en estos espacios aplicando el modelo de medicina académica (figura 1).

Figura 1

Las TICCAD aplicadas en la medicina académica de atención primaria en salud



Fuente: Elaboración propia.

En esta figura se identifican en el contexto más amplio (área gris) los tres espacios en los que se desarrolla la APS. Estos tres espacios son primordialmente contextos comunitarios y donde los actores principales son los integrantes de la misma comunidad y los profesionales de la salud que ofrecen servicios en la primera línea de atención. Para identificar cuáles serían las tecnologías que se pueden aplicar en estos tres espacios, y para fines de nuestro análisis, es necesario considerar además las bases en las que se fundamenta la MA y las que, de acuerdo con De la Fuente (2014), también son tres áreas las que definen la acción de este modelo de atención a la salud; podemos observar en la figura 1 (área café) que estos elementos se encuentran en un contexto más interno al de la APS, que sugiere la posibilidad de generar un cuadro de doble entrada a fin de identificar las posibles tecnologías que se pueden utilizar en dichos espacios y actividades. Entonces, generando dicho cuadro de doble entrada, por un lado, tendremos los tres espacios de ejecución de la APS, mientras que por el otro tendremos los tres elementos de la MA, así resulta que las TICCAD que se pueden utilizar se aplican en nueve ámbitos distintos, conforme se aprecia en el cuadro 1.

Cuadro 1

Los ámbitos en que se aplican las TICCAD para la APS en medicina académica

Atención Primaria en Salud	Medicina académica		
	Basada en la enseñanza	Basada en la investigación	Basada en el análisis documentado de los procesos
Donde viven y trabajan las personas	• Sistemas de administración del aprendizaje para la educación para la salud • Redes sociales y dispositivos móviles • Sistemas digitales de comunicación social • Sistemas de apoyo al diagnóstico	• Sistemas electrónicos de búsqueda de evidencia científica • Sistemas de manejo de diagnósticos situacionales de salud comunitarios • Sistemas de administración de bases de datos y análisis epidemiológicos	• Sistemas electrónicos de búsqueda de evidencia científica • Sistemas de manejo de diagnósticos situacionales de salud comunitarios • Sistemas de administración de bases de datos epidemiológicas
Donde se ofrece el primer nivel de atención a la salud	• Sistemas de administración del aprendizaje para la educación médica • Sistemas de manejo de expedientes clínicos • Sistemas de apoyo al diagnóstico • Sistemas de comunicación remota o telemedicina • Sistemas de seguridad y confidencialidad de la información	• Sistemas de manejo de expedientes clínicos • Sistemas electrónicos de búsqueda de evidencia científica • Sistemas de administración de bases de datos y análisis epidemiológicos	• Sistemas de manejo de expedientes clínicos • Sistemas electrónicos de búsqueda de evidencia científica • Sistemas de comunicación remota o telemedicina • Sistemas de administración de bases de datos y análisis epidemiológicos

Atención Primaria en Salud	Medicina académica		
	Basada en la enseñanza	Basada en la investigación	Basada en el análisis documentado de los procesos
Donde ocurre la gestión social del conocimiento	• Sistemas de administración de bases de datos en línea • Redes sociales y dispositivos móviles • Sistemas de seguridad y confidencialidad de la información	• Sistemas expertos y de inteligencia artificial • Sistemas de manejo de diagnósticos situacionales de salud comunitarios • Sistemas de administración de bases de datos epidemiológicas	• Sistemas expertos y de inteligencia artificial • Sistemas de manejo de diagnósticos situacionales de salud comunitarios • Sistemas de administración de bases de datos epidemiológicas

Fuente: Elaboración propia.

En nuestro país, quienes más se han enfocado en lograr un consenso para definir las competencias digitales que debe poseer el egresado de las escuelas de Medicina han sido las instituciones educativas, las asociaciones médicas y las instancias de Gobierno, como el Comité Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFHRS), tomando como base las propuestas internacionales. Sin embargo, para definir las competencias enfocadas a la APS, la que más ha influido ha sido la OPS.

La atención primaria de salud (APS) representa el primer eslabón por el cual el paciente ingresa al sistema de salud y constituye, según la Organización Mundial de la Salud (2020), un servicio esencial y accesible a todos los individuos y las familias de la comunidad, obtenidos de forma aceptable para ellos, con su plena participación y con un costo que sea accesible para la comunidad y para el país. De forma más amplia, la OMS establece que:

La atención primaria de la salud 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 la gente 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 (OMS, 2020).

A través de la APS, el sistema de salud de un país debe ser capaz de ofrecer servicios de salud acordes a las necesidades prioritarias de la población a la que atiende y debe dar respuesta a la mayor parte de problemas sanitarios que en ellas se presenten. Para ello, se hace indispensable considerar los factores que determinan el proceso salud-enfermedad en su conjunto y, por ende, coordinar sus acciones de acuerdo al modelo de atención establecido por las autoridades del sistema de salud, con sectores sociosanitarios y extrasanitarios. La APS parte de la necesidad de involucrar a la comunidad en la búsqueda de soluciones para abordar los problemas que le afectan. Por tanto, las TICCAD apoyan todas desde los distintos sistemas y aplicaciones y a través de los diferentes dispositivos digitales existentes en la comunidad y en donde se prestan servicios de primer nivel. De poco serviría planificar intervenciones preventivas si no se diseñan desde las necesidades de la comunidad, utilizar las TICCAD hace más eficientes estos procesos y facilita la participación de la comunidad en ellos.

Las TICCAD en donde viven y trabajan las personas

De acuerdo con Segura (2015), las TICCAD tienen la propiedad de lograr la comunicación desde la comunidad, a través de las herramientas digitales como el correo electrónico, los chats, las redes sociales y las videollamadas; como también la propiedad de servir de herramienta para ingresar a los sistemas de información en salud, a través de los sitios web, las grandes bases de datos y las aplicaciones para dispositivos móviles. Entonces, los profesionales médicos de APS deben poseer las competencias de mantener la comunicación con la comunidad y el acceso a los sistemas de información sobre los diagnósticos situacionales de la población, por los distintos medios digitales existentes. Lo anterior se basa en el supuesto de que casi toda la población tiene acceso actualmente

a dispositivos de comunicación digital, lo que permite generar espacios de comunicación y opinión de la comunidad.

Las TICCAD en donde se ofrece el primer nivel de atención a la salud

Montero *et al.* (2019) señalan que los profesionales de la salud deben tener la capacidad para gestionar la información y el conocimiento científico de una forma eficaz, que les permita tomar decisiones basadas en la mejor evidencia científica y para mejorar la atención sanitaria de sus pacientes. El profesional médico debe conocer el manejo de los sistemas para el registro y control de expedientes clínicos, que permita mantener la información de la atención individual, así como llevar el control de la evolución, de los procesos de diagnóstico y del tratamiento otorgado. Esto sucede en los espacios comunitarios donde se ofrece la atención de primer nivel, sea el domicilio de las personas, el centro de salud comunitario o el consultorio de medicina general o de medicina familiar.

Además, debe conocer los medios por los que circula la información digital y, en consecuencia, debe conocer el proceso de búsqueda eficiente de evidencia científica y su recuperación. Debe, además, tener la capacidad para procesar la información de una forma sistemática y con actitud crítica, que le permita agregar valor a la información y usarla como evidencia para compartirla con su comunidad. Finalmente, debe manejar los criterios de calidad, validez y fiabilidad de la información disponible en Internet para orientar a la comunidad y conocer los principios legales y éticos por los que se rige el uso de las TIC.

Las TIC permiten también establecer comunicación con los pacientes aunque no sea de forma presencial, cada vez es más común ver médicos que dan la opción de consultas de control a través de chats o de videollamadas e interconsultas a través de sistemas y dispositivos de telemedicina. Aunque es importante el contacto físico, una buena comunicación, en la que el respeto y la atención por parte del médico estén presentes, es de mucha

ayuda para el paciente, así esta sea a través de una computadora o de un dispositivo móvil.

Las TICCAD en donde ocurre la gestión social del conocimiento

Desde la dimensión cultural, las personas en su comunidad tienen la posibilidad de abastecerse de esa inmensa cantidad de información que tienen a su disposición en Internet. Extrapolando esto al campo de la salud, en lo referente a APS, Cuba ha desarrollado varios proyectos con el uso de las TICCAD, uno de ellos fue “La informatización de la red de bibliotecas de las unidades de atención primaria en Cuba”, en el que se abordó el proceso de informatización de las bibliotecas de los policlínicos de la red de la atención primaria en salud en Cuba. Se trató la interrelación: salud-atención primaria-información, el crecimiento de esta última y la necesidad nacional de transformar las bibliotecas de los policlínicos para lograr llevar la información disponible en INFOMED a las unidades de información situadas en la atención primaria.

Desde la dimensión social, los individuos y el personal de salud pueden utilizar herramientas como el correo electrónico, sistemas de videoconferencia y sistemas de comunicación directa; las redes sociales como Facebook, Twitter, Instagram; o las comunidades virtuales específicas, cuya dinámica es a través de grupos de personas que por medio de estas redes comparten inquietudes y conocimiento. Asimismo, estas pueden llegar a ser excelentes herramientas para la educación para la salud, ya que el aprendizaje se hace entre iguales y a través, no solo de lecturas y videos, sino también de las experiencias de los participantes del grupo, siendo también una interesante herramienta para mantener la comunicación médico-paciente, en lo referente a la prevención y control de las enfermedades.

La trascendencia de las TICCAD en la formación de los nuevos recursos humanos para la APS en México

Vázquez (2016) discute que su integración a la atención médica ha sido lenta y paulatina debido a las diversas barreras que obstaculizan su uso, tales como: la carencia de equipos de cómputo y de acceso a Internet, la brecha digital que existe entre los distintos sectores sociales, el poco tiempo disponible para el registro de datos, la consulta de expedientes y la búsqueda de evidencias sobre el tratamiento y manejo de los pacientes, la carga de trabajo del personal de salud en la comunidad y la poca disposición de los profesionales de la salud para su uso. Por estos motivos, el uso del pleno potencial de las TICCAD no ha logrado realizarse para lograr el acceso a los servicios de salud en APS, como puerta de entrada a los sistemas de salud (Inga, 2016).

La definición de competencias digitales en el contexto de la medicina académica en APS debe considerar el contexto de cada país y de cada región dentro de este, dado que se debe establecer interacción y diálogo directo con las comunidades y las organizaciones conformadas por ellas.

Conclusiones y propuestas

El desarrollo de las competencias para la APS en el estudiante de la salud puede abordarse desde la medicina asistencial o desde la medicina académica. En el caso de la MA, este proceso debe ser colaborativo e involucra a múltiples partes interesadas, incluyendo a las autoridades gubernamentales, instituciones educativas, asociaciones médicas y expertos en educación médica. Las TICCAD ayudan a garantizar que los estudiantes de medicina adquieran las habilidades y conocimientos necesarios para integrarse a los trabajos de la APS de forma segura y efectiva a escala global.

Hoy existe un desequilibrio entre los avances científicos y tecnológicos de la medicina, las necesidades humanas de los pacientes y los rezagos sociales y tecnológicos de países como el nuestro (De la Fuente, 2014). Aquí es donde las instituciones educativas deben promover el modelo de aprendizaje basado en

la medicina académica, a través de los elementos que la nutren pero integrando de la mejor manera las TICCAD si quiere contribuir a superar ese desequilibrio. Se propone, por tanto, tomar en consideración los sistemas de información y de comunicación expuestos en este documento para puntualizar las competencias digitales que deben poseer los docentes y los estudiantes en formación. Es imperioso mostrar a la sociedad que el trabajo para desarrollar las competencias digitales para la APS basada en la enseñanza, la investigación y el análisis documentado de los procesos, tiene un alto rendimiento social, es decir, son una inversión para la calidad de la atención donde más se requiere, esto es, en el contexto comunitario.

Bibliografía

- Abreu, L., Cid, Á., Herrera, G., Lara, J., Laviada, R., Rodríguez, C., & Sánchez, J. (2008). *Perfil por competencias del médico general mexicano*. Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A. C.
- Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (2015). *La educación médica en México*. AMFEM.
- Campos, E., Nimbe, D., Fernández, F., & Alayola, A. (2021). *Competencias digitales básicas para el médico general*. Ciudad de México. Editorial Médica Panamericana.
- Carbonell, J. (2015). *Pedagogías del siglo XXI. Alternativas para la innovación educativa*. Ediciones Octaedro.
- Cavazos, R. (2021). *Las TICCAD como herramientas de innovación en los procesos de enseñanza aprendizaje*. Ponencia presentada en el Encuentro Latinoamericano de Innovación en Educación Superior 2021, el 22 de octubre de 2021. Universidad del Rosario. Colombia. <https://repository.urosario.edu.co/bitstreams/7026c255-03c7-414b-bfec-9eec34ddfa14/download>
- Crocker, R. (2015). Introducción a la propuesta. En V. García, R. Crocker, L. Abreu, H. Parra, et al. (Eds.). *La educación médica en México. Visión estratégica del Cuerpo Académico de AMFEM* (pp. 21-22). Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A. C.
- De la Fuente, J. (2014). Medicina académica y medicina asistencial. *Archivos de Cardiología de México*. 84(1), 41-44.
- Gobierno de México (2022). Acuerdo número 20/10/22 por el que se emiten los Lineamientos por los que se conceptualizan y definen las opciones

- educativas del tipo superior. *Diario Oficial de la Federación*. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669525&fecha=25/10/2022&print=true
- Inga, R. (2016). Crecimiento de las tecnologías en la atención primaria de salud (APS) en el sistema público de Chile. *Revista Gestión de las Personas y Tecnología*. 9(26). <https://www.revistas.usach.cl/ojs/index.php/revistagpt/article/view/2567>
- Magallanes, A., Candolfi, O., & Castillo, N. (2011). Fortalecimiento de competencias digitales en estudiantes de medicina para búsqueda de información especializada. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*. 2(3), 124-133.
- Montero, J., Merino, F., Monte, E., Ávila, J., & Cepeda, J. (2019). Competencias digitales clave de los profesionales sanitarios. *Educación Médica*. 21(5), 338-344. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.02.010>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Atención primaria de salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.
- (2023). *CIE-11. Clasificación Internacional de Enfermedades*. 11.^a revisión. <https://icd.who.int/es>
- Parra, H., García, V., & Alomía, H. (2015). Modelo de educación médica. En A. García, R. Crocker, L. Abreu, H. Parra, J. Vázquez, C. Ojeda, H. Alomía, G. Contreras, I. Ramos, C. Rodríguez, & J. Vázquez. *La educación médica en México* (pp. 43-58). Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A. C.
- Pérez, R., Mercado, P., Martínez, M., Mena, E., & Partida, J. (2018). La sociedad del conocimiento y la sociedad de la información como la piedra angular en la innovación tecnológica educativa. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*. 8(16), 847-870. <https://doi.org/10.23913/ride.v8i16.371>
- Segura, M. (2015). Atención primaria en salud y TIC: Una mirada desde la perspectiva de Haberlas. *Salus*. 19(Supl.), 5-10. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S131671382015000400002&lng=es&tlng=es
- Suárez, J., Listovsky, G., Magaña, L., Duré, M., García, J., & van Olphen, M. (2023). Competencias esenciales para la docencia en salud pública: marco regional para las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 47, e137. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.137>
- UNESCO (2022). *Competencias para la vida y para el trabajo*. <https://www.unesco.org/es/skills-work-life/need-know>
- Universidad en Internet (2023). *Cómo usar las TIC para lograr una educación inclusiva*. <https://www.unir.net/educacion/revista/como-usar-las-tic-para-lograr-una-educacion-inclusiva/>

Vázquez, V., & Ortega, M. (2016). Uso de las tecnologías de la información y la comunicación en médicos de atención primaria. *Atención Familiar*. 23(1), 19-23.

Tercera parte

Los centros modélicos

Espacios de docencia, servicio e
investigación para el aprendizaje de la
atención primaria en salud

Capítulo 10

Centros modélicos en el aprendizaje de la atención primaria de la salud

René Cristóbal Crocker Sagastume¹

Hilda Beatriz Orozco Anzo²

Resumen

Se aborda la importancia de los centros modélicos en el aprendizaje de la atención primaria de la salud (APS) con el objetivo de generar espacios propios de las instituciones formadoras de profesionales de la salud en dirección de incidir en las políticas públicas de atención primaria para la salud que se implementan en los sistemas de salud de Latinoamérica.

En el estado del conocimiento se analiza la experiencia con las escuelas y facultades de Medicina por la Organización Mundial de la Salud desde 1979 para implementar los acuerdos de Alma-Ata, así como la constitución de la Red de Instituciones Educativas en Ciencias de la Salud con Orientación Comunitaria, principal-

-
1. Médico pediatra y doctor en Investigación Educativa Aplicada, profesor investigador titular, Instituto Regional de Investigación Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, miembro del Sistema Nacional de Investigadores de CONAHCYT, México. Coordina la Sección de Innovación de Sistemas de Atención de la Salud del Cuerpo Académico de la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina (AMFEM). Correo electrónico: rene.crocker@academicos.udg.mx. ORCID: orcid.org/0000-0001-9425-2126.
 2. Licenciada en Nutrición con maestría en Ciencias en Inocuidad alimentaria. Profesor de tiempo completo en el Departamento de Ciencias Sociales del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, miembro del Cuerpo Académico: Epidemiología, cultura y educación en salud, alimentación y ambiente. Correo electrónico: hilda.orozca@academicos.udg.mx. ORCID: 009-005-5965-1340.

mente de la reunión realizada en México en el año 1984 y en Chile en el año 2016.

Se analiza que el problema principal del aprendizaje de la atención primaria en salud en las escuelas y facultades formadoras de profesionales de la salud está relacionado con la incoherencia entre el currículo y las características de las áreas de práctica profesional, en donde en las escuelas se plantea un discurso sustentado en la atención primaria basado en la promoción de la salud con participación de las comunidades, y en el sistema de salud, el enfoque está sustentado en la prevención de riesgos y atención de las enfermedades en el primer nivel de atención con escasa o nula participación de la población.

Se concluye que los centros modélicos en APS son espacios educativos que combinan las prácticas interprofesionales para la salud en donde vive, estudia, trabaja y conviven las familias y comunidades que contribuyen al logro de la salud integral con la participación organizada de las poblaciones y que se vinculan con los niveles de atención a la salud para resolver problemas con mayor especialización y capacidad resolutoria.

Palabras clave: atención primaria en salud; centros modélicos; innovación educativa.

Introducción

En el presente ensayo se aborda la importancia de los centros modélicos en el aprendizaje de la atención primaria de la salud (APS) con el objetivo de generar espacios propios de las instituciones formadoras de profesionales de la salud en dirección de incidir en las políticas públicas de atención primaria para la salud que se implementan en los sistemas de salud de Latinoamérica.

Los centros modélicos en el aprendizaje de la atención primaria de la salud (APS) son espacios educativos que combinan las prácticas interprofesionales en la formación de recursos humanos para la salud en los espacios sociales donde viven, estudian, trabajan y conviven las familias y comunidades en el logro de la salud integral con la participación organizada de las poblaciones,

y que se vinculan con los niveles de atención a la salud para resolver problemas con mayor especialización y capacidad resolutiva.

El problema principal del aprendizaje de la atención primaria en salud en las escuelas y facultades formadoras de profesionales de la salud está relacionado con la incoherencia entre el currículo de los programas educativos y las características de las áreas de práctica profesional, en donde en las escuelas se plantea un discurso sustentado en la atención primaria basado en la promoción de la salud con participación de las comunidades, y en el sistema de salud, el enfoque está sustentado en la prevención de riesgos y atención de las enfermedades en el primer nivel de atención con escasa o nula participación de la población (Crocker *et al.*, 2021).

Por la importancia de organizar los centros modélicos en APS, estos se constituyen en espacios de aprendizaje en donde los profesionales del campo aprenden a realizar la promoción de la salud en los espacios donde viven, trabajan, estudian y se recrean las poblaciones.

El viraje hacia la promoción del cuidado de la salud en la formación de profesionales en la atención primaria de la salud tiene dificultades de operación, ya que la cultura médica dominante está relacionada con el pensamiento biomédico que se orienta hacia la enfermedad, situación que deberá plantearse en el currículo, las prácticas educativas y la formación de docentes para la educación interprofesional en salud.

Desarrollo

Antecedentes relacionados con los espacios formativos en APS

En la revisión del estado de conocimiento relacionado con la APS como escenario de la formación de profesionales de la salud, desde 1979 la OMS (Fulöp & Katz, 1979) convocó a representantes de 20 escuelas de Medicina innovadoras en la enseñanza de la salud en la comunidad. Entre los criterios para seleccionar a estas escuelas innovadoras estaban:

- La consideración de la problemática en salud desde una visión con amplio espectro que fuera desde la atención primaria en la comunidad a la atención secundaria y terciaria en las instituciones de salud.
- La importancia concedida a la investigación en salud que incluyera el análisis de los factores que influyen en la salud de la población y la prestación de una atención sanitaria eficaz y efectiva.
- La existencia de instalaciones para la formación de personal de atención sanitaria en los lugares donde se encuentran los centros de ciencias de la salud.
- Que tuvieran programas de enseñanza basados en los servicios de salud en los centros de atención comunitarios de atención primaria para la salud.
- Que contaran con programas de estudio flexibles centrados en los problemas de salud de las comunidades.

Las facultades que se reunieron en dicha conferencia concluyeron:

Las instituciones que se dedican a orientar a los alumnos hacia la atención a la salud comunitaria y que emplean métodos didácticos basados en problemas específicos y no en disciplinas académicas se enfrentan a una oposición considerable, porque en su misma existencia pone en tela de juicio el *statu quo*. Al mismo tiempo, el carácter experimental del programa supone una carga importante para unos recursos limitados. Además, esas instituciones tienen que demostrar su valor por comparación con las instituciones y los programas establecidos...

Al realizar el análisis de esta conferencia, subyace la problemática del enfoque biomédico dominante y las dificultades para construir espacios o centros propios de las escuelas y facultades de Medicina para impulsar el aprendizaje de la atención primaria en salud, aspectos no resueltos hasta la fecha.

En 1984, se organiza el Seminario de Integración de la Investigación y la Docencia a Modelos de Atención Primaria en América Latina promovida por la Red de Instituciones Educativas en Ciencias de la Salud con Orientación Comunitaria (Universidad de Guadalajara/Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 1984). En el evento participan cuatro instituciones educativas mexicanas,

tres instituciones educativas de Centro América y el Caribe, tres representantes de secretarías y ministerios de Salud de América Latina y tres representantes de programas e institutos de salud.

Con relación a la problemática de los espacios para la formación de recursos humanos en salud en atención primaria, los grupos de trabajo concluyeron:

La integración docencia-servicio solo puede darse de manera adecuada cuando los profesores y estudiantes de las instituciones formadoras se integran de manera colaborativa a las instituciones de atención primaria del sistema de salud.

La universidad tiene la capacidad y acción crítico-reflexiva sustentada en la investigación científica para realizar el análisis de los programas de atención primaria del sistema de salud debido a las necesidades del pueblo. Las instituciones de servicios de salud, si bien pueden tener fines similares, están sometidas a fuertes presiones para producir resultados a corto plazo, para satisfacer demandas políticas.

Estos resultados coinciden con el estudio realizado en Chile (Parada, Romero & Moranga, 2016) en donde se señala que la mayor limitante para implementar un modelo de medicina académica de APS son las prácticas de atención a la salud, dominadas por una concepción de atención curativa.

En dirección de generar alternativas para el aprendizaje de la atención primaria en salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017) propone las siguientes estrategias:

- Estimular acuerdos intersectoriales de alto nivel entre los sectores de la educación y la salud que permiten alcanzar estándares de calidad en la formación del personal de salud según las necesidades de las comunidades.
- La formación de profesionales de la salud debe planificarse con relación a las necesidades presentes y futuras de los sistemas de salud.
- Formación de equipos de trabajo interprofesionales, preparados y motivados, ya que son esenciales para responder a las necesidades de salud de las personas, donde sea que vivan.
- Implementar estrategias para motivar a los equipos de salud —a través de incentivos económicos, de desarrollo profesional

y de calidad de vida— promueve su retención y permanencia en zonas remotas y desatendidas.

- Con base en la argumentación mostrada en los antecedentes, los centros modélicos de APS son una prioridad para fortalecer las políticas de atención en la salud, a partir de formar nuevos profesionales con una visión innovadora.

En esa dirección de ideas, la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina (AMFEM), en su plan estratégico para desarrollar la educación médica al año 2030, propone una Agenda para el Cambio al año 2030 (Abreu & León, 2016), relacionado con la atención primaria de salud, en donde se plantea que:

La salud se genera en espacios en los que las personas desarrollan sus actividades de la vida diaria, como son el hogar, la escuela, el trabajo, los centros de diversión, los centros comerciales y el transporte, entre otros. Las acciones de salud deben estar presentes en todos estos espacios y el médico debe saber cómo instrumentar acciones en todos ellos...

En el mismo documento se agrega que:

la construcción de un nuevo modelo de atención para el siglo XXI no puede hacerse de golpe, porque implica diseñar y desarrollar centros de atención de carácter modélico que actúen en los planos de la prevención, la atención, la docencia y la vida académica, y realicen investigación original desarrollando elementos novedosos capaces de orientar un nuevo enfoque de promoción y atención a la salud costo-efectivo y vinculado con el desarrollo social...

En el mismo documento se propone una estrategia para el aprendizaje de la atención primaria en salud en los siguientes términos:

Los estudiantes deben tener la oportunidad de trabajar para aprender en múltiples contextos y condiciones sociales. Nuestra meta es desarrollar en los estudiantes la flexibilidad y la inventiva que les permitan desplegar intervenciones preventivas, curativas y paliativas en multitud de ambientes y entornos, de modo que desarrollen su capacidad de trabajo en equipo y su liderazgo, favoreciendo la utilización del mejor conocimiento disponible por el equipo de salud, y verificando sus resultados con metodologías robustas para impulsar la mejora continua de la calidad de la atención a la salud...

Debemos impulsar la formación médica en contextos clínicos e investigativos de alto nivel y en espacios que permitan desplegar la capacidad de brindar una atención primaria efectiva y de alta calidad. Evidentemente, no se debe mandar a los estudiantes a un primer nivel u hospitales ayunos de vida académica e investigativa, desactualizados y con una pobre calidad en la atención, sino a servicios modélicos de alta calidad y capacidad innovadora...

Un elemento central que debe desarrollarse en los centros modélicos de atención primaria en salud es el de la responsabilidad social. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) señala que:

un sistema de salud basado en la atención primaria de salud debe orientar sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología, política o condición económica o social.

Elementos para desarrollar los centros modélicos para el aprendizaje de la APS

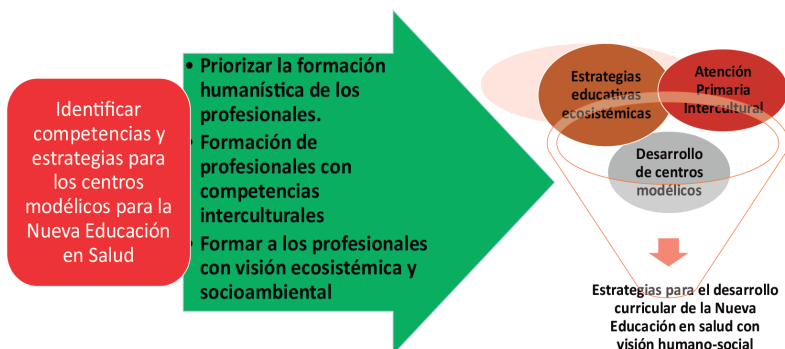
La tesis que sustenta la propuesta de creación de centros modélicos para el aprendizaje de la atención primaria en salud por las escuelas y facultades de ciencias de la salud es la siguiente: para innovar el sistema de salud de los países de las Américas es importante que las escuelas y facultades de ciencias de la salud generen modelos que innoven la atención primaria de la salud, debido a que las instituciones de salud están con un mayor compromiso con la ampliación de cobertura y solución de problemáticas financieras, por lo que en este ensayo se formulan propuestas en dirección de que las instituciones formadoras de profesionales de la salud generen sus propios espacios de innovación.

Un centro modélico es un espacio educativo para el aprendizaje interprofesional en atención primaria de la salud ubicado en espacios sociales donde vive, trabaja, estudia y se recrea la población, construido de manera participativa con las familias, comunidades y poblaciones, que integra las funciones de docencia, investigación y servicios, y que sirve de modelo para desarrollar la “Nueva Educación Médica Interprofesional”.

La Nueva Educación Médica se caracteriza, entre otros aspectos, por:

- Se sustenta en diseños curriculares flexibles con perfiles profesionales adaptativos a los contextos socioculturales y a necesidades de las comunidades educativas.
- Se incorporan de manera importante en las prácticas educativas los aprendizajes virtuales y la simulación electrónica, como un elemento de educación disruptiva por la complejidad de los entornos.
- Toma en cuenta el contexto socioambiental y la educación inclusiva, o sea, que es ecosistémica e intercultural.
- Para desarrollar los centros modélicos en APS se recomiendan las siguientes estrategias:
 - Identificar las competencias y estrategias para los centros modélicos que se deben incorporar en el nuevo perfil del médico general y en el perfil de los docentes que se incorporará en la medicina académica con prioridad en:
 - a. La formación humanística del médico.
 - b. La formación de profesionales de la medicina con competencias interculturales.
 - c. Formar a los nuevos médicos con visión ecosistémica y socioambiental.

Competencias y estrategias para los Centros modélicos para la formación de profesionales en APS



- d. Seleccionar los espacios sociales en donde se incorporará el equipo de profesores, tutores e investigadores en APS.
- e. Seleccionar los centros de salud para realizar el sistema de referencia y contrarreferencia de casos.
- f. Seleccionar el equipo de profesores, tutores, investigadores y especialistas que participarán en el programa de IDS en APS, así como establecer un programa de educación continua.
- g. Generar un programa de integración de docencia, servicio e investigación en medicina académica de APS.
- h. Establecer un sistema de información para vigilar el programa de IDS en APS, de preferencia en línea.
- i. La prioridad de los centros modélicos en APS es la promoción de la salud, pero es importante vincularlos con el primer nivel de atención en los siguientes aspectos: atención de emergencias, diagnóstico especializado, establecer un sistema de referencia y contrarreferencia de casos problema.

Los beneficios de priorizar los centros modélicos en APS están relacionados con los siguientes aspectos:

- Se enfoca la prioridad hacia la salud y al cuidado del entorno ambiental y no hacia la enfermedad.
- Se prioriza la promoción de salud en los escenarios donde estudian, viven o trabajan los individuos, familias y grupos humanos.
- La sociedad participa de manera activa en la toma de decisiones para garantizar el derecho humano a la salud.
- Se innova la educación médica con un modelo ecosistémico e intercultural.
- La educación médica contribuye a disminuir el cambio climático planetario.

Conclusiones

La propuesta de centros modélicos para el aprendizaje de la atención primaria en salud construidos por las escuelas y facultades de ciencias de la salud se deriva de la falta de espacios de aprendizaje práctico para el cuidado y promoción de la salud de la población en donde viven, trabajan y estudian, ya que los sistemas de salud priorizan la atención de primer nivel de atención con enfoque de atención a las enfermedades.

Los centros modélicos para el aprendizaje de la atención primaria en salud constituyen espacios de innovación de la educación de profesionales de la salud con un enfoque ecosistémico, adaptativo e intercultural, en donde se aprende la responsabilidad social por el contacto permanente con las poblaciones.

La posibilidad de modificar los sistemas de salud con enfoque hacia la atención primaria de la salud en Latinoamérica deberá estar centrada en el desarrollo de centros modélicos en atención primaria de la salud con las escuelas y facultades de ciencias de la salud en un esfuerzo coordinado con los sistemas nacionales de salud.

Bibliografía

- Abreu, L. F. & León, R. (2016). *Una agenda para el cambio de la educación médica en México. Horizonte 2030*. Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A. C. (AMFEM). Elsevier.
- Crocker-Sagastume, R. C., Korzi-Caballero, E. G., Romero-Viveros, B. & Lara, M. R. (2021). Medicina académica y atención primaria en salud. Propuesta de abordaje conceptual metodológica desde la práctica educativa. *Investigación Educ. Médica*, 0(40). <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.40.21373>
- Fulöp, T. & Katz, F. (1979). *Conferencia Internacional de Escuelas y Facultades de Medicina Innovadoras*. División de Formación de Personal en Salud de la OMS. Kingston, Jamaica.
- Herrera, Carreras & Vega (2018). Salutogénesis, la nueva visión para la promoción de la salud. *Revista Portales Electrónicos en Salud*.
- OPS/OMS (2023). *Analizar y fortalecer las redes de acceso a la atención primaria a la salud*. Serie: Seminarios virtuales sobre la atención primaria para la

salud. [www.atención primaria de salud](http://www.atenciónprimaria.org) - | Organización Panamericana de la Salud (paho.org).

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2018). Recursos humanos para la salud universal. <http://recursos-humanos-brochure-a4.pdf>

Parada-Lezcano, M., Romero, M. I. & Moranga Cortés, F. (2016). Educación médica para la atención primaria de salud: visión de los docentes y estudiantes. *Rev Med Chile*, 144:1059-1066.

Red de Instituciones Educativas en Ciencias de la Salud con Orientación Comunitaria (1984). *Seminario de Integración de la Investigación y Docencia a Modelos de Atención Primaria en América Latina*. Oaxtepec, Morelos. Universidad de Guadalajara/Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Capítulo 11

Los centros modélicos para el aprendizaje del desarrollo sostenible intercultural en atención primaria de salud

René Cristóbal Crocker Sagastume¹

Resumen

Se analiza la experiencia para organizar centros modélicos en atención primaria de la salud, que se implementan en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, relacionados con el aprendizaje interprofesional en desarrollo sostenible intercultural en las carreras de Nutrición, Medicina, Enfermería y posgrado de Salud Ambiental, con el objetivo de fomentar la formación en promoción de una cultura socioambiental para prevenir el cambio climático planetario.

En el estudio se analizan dos casos educativos a través de un diseño metodológico cualitativo de análisis del discurso escrito, observación participante realizada por el autor en el contexto del modelo educativo del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, Jalisco, México, y entrevistas en profundidad realizadas a indígenas participantes.

-
1. Médico pediatra y doctor en Investigación Educativa Aplicada, profesor investigador titular, Instituto Regional de Investigación Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, miembro del Sistema Nacional de Investigadores de CONAHCYT, México. Coordina la Sección de Innovación de Sistemas de Atención de la Salud del Cuerpo Académico de la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina (AMFEM). Correo electrónico: rene.crocker@academicos.udg.mx. ORCID: orcid.org/0000-0001-9425-2126.

En el modelo educativo en el apartado de gestión del bienestar, la convivencia sana entre personas y con el medio ambiente, se propone “crear, promover y facilitar ambientes, situaciones y condiciones saludables para la formación integral de profesionales de la salud en concordancia con los objetivos de desarrollo sostenible...”.

En concordancia con el modelo educativo se desarrollan dos centros modélicos relacionados con el aprendizaje de la agroecología intercultural para la salud como un elemento de la atención primaria sostenible para limitar el cambio climático planetario, en donde se promueve la soberanía alimentaria, la vida sustentable y la salud integral, a través del fomento de diálogo de saberes con los pueblos originarios de la región en dirección de profundizar la democracia epistémica.

Se muestra la importancia de la construcción de centros modélicos en atención primaria en salud para el aprendizaje experimental de la sustentabilidad intercultural vinculados a proyectos cogestivos con pueblos originarios que fomenten el diálogo de saberes para limitar el cambio climático planetario.

Palabras clave: atención primaria en salud; centros modélicos; educación interprofesional; sostenibilidad intercultural.

Introducción

En el presente ensayo se analiza la experiencia para organizar centros modélicos en atención primaria de la salud (APS), que se implementan en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) de la Universidad de Guadalajara, relacionada con el aprendizaje interprofesional en desarrollo humano sostenible intercultural en las carreras de Nutrición, Medicina, Enfermería y el posgrado de Salud Ambiental, con el objetivo de fomentar la formación en promoción de una cultura socioambiental para prevenir el cambio climático planetario.

El contexto sociocultural e institucional en donde se implementan los centros modélicos de APS está constituido por el Laboratorio de Agroecología Intercultural para la Salud ubicado en el

Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, ubicado en la Zona Metropolitana de Guadalajara, y la Granja Escuela Agroecológica Intercultural, un espacio cogestivo construido en la región Valles del estado de Jalisco, México, con la participación de investigadores, campesinos mestizos e indígenas de la etnia wixárika, un pueblo originario de la región del occidente de México, en donde asisten alumnos de pregrado y posgrado en el campo de la nutrición, la medicina y la salud ambiental.

La propuesta de centros modélicos organizados desde la sociedad civil en los espacios sociales donde estudian y trabajan alumnos, profesores, investigadores y organizaciones sociales es una innovación al concepto convencional de atención primaria en salud, ya que se trabaja con la propuesta de “Una Salud para la Vida” tomando en cuenta el entorno socioambiental y la cultura para limitar el cambio climático planetario como contexto de aprendizaje.

Al analizar el estado del conocimiento relacionado con el aprendizaje de modos de vida sustentables interculturales en espacios educativos formales, que son la base de una propuesta educativa universitaria para profesionales de la salud en sustentabilidad intercultural para disminuir el impacto del cambio climático planetario en los entornos socioambientales, encontramos los siguientes antecedentes:

En América Latina, se analiza una investigación (Porras Contreras, 2016) que plantea una propuesta para la formación de profesores y alumnos de ciencias en el área de la sustentabilidad con competencias interculturales. Su análisis considera: las creencias, conocimientos y habilidades del profesor y los alumnos sobre la sustentabilidad desde su propia experiencia; las creencias, conocimientos y habilidades del profesor y alumnos sobre la relación entre las prácticas culturales, el territorio y la sustentabilidad; las creencias, conocimientos y habilidades del profesor sobre las propuestas didácticas para promover la sustentabilidad.

Con base en el análisis, el autor plantea un itinerario didáctico para la formación que cuenta con dos etapas: la primera, de reflexión, en donde se valoran las representaciones sociales de la crisis ambiental y las ideas sobre la sustentabilidad ambiental; la segunda, de diseño e implementación, en donde se abordan los

factores que determinan los conflictos ambientales en Colombia, el análisis de los conflictos ambientales desde la teoría del lugar y el enfoque de las capacidades, la formulación de propuestas de solución a las problemáticas ambientales desde el *sumak kawsay* o “buen vivir” que incluyen la formulación de propuestas relacionadas con la seguridad alimentaria y la prevención y tratamiento de enfermedades, la recuperación de las propiedades nutricionales y medicinales de las dietas tradicionales y, por último, la reflexión de saberes desde la sustentabilidad fuerte. El autor concluye que la educación en sustentabilidad intercultural es una educación emancipadora que rompe con la visión de cosificación del mundo para la sobreexplotación de los recursos naturales, la aculturación y la violencia para la resolución de conflictos.

Un trabajo publicado (Bidaseca, 2023) relacionado con la recuperación de las experiencias del buen vivir y saberes locales en sistemas andinos y el uso de agroecología, en Bolivia, Perú y Ecuador, con estudiantes del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), en donde integran la investigación, la formación agroecológica de posgrado y la participación de las comunidades locales campesinas e indígenas de las altas montañas de los Andes.

Entre los aportes de la publicación sobresale el rescate del calendario de las sabidurías del agua, la biodiversidad de las semillas nativas y la soberanía alimentaria, así como el rol de las mujeres en las granjas para la preservación de la vida en el contexto de la filosofía del buen vivir y los derechos de la Pachamama.

En México se analiza una investigación (Morales Espinoza, 2012) que expone el proceso de un modelo de gestión, con treinta años de experiencia, que ha buscado responder a las necesidades y problemáticas de la comunidad de Tetsijtsilin, con un enfoque intercultural. Para poder implementar los proyectos escolares, se realizó un diagnóstico inicial, que fue la base para la selección de los proyectos educativos que buscan impactar en la comunidad de forma positiva, por lo cual se establecieron tres ejes centrales de proyectos: proyectos de corte agroindustrial, proyectos de corte ambiental que promuevan los valores y la cultura de la paz, y un proyecto de recolección de datos.

Los proyectos de corte agroindustrial buscaban revalorar al campesino y comercializar con los productos generados para ayu-

dar a la economía escolar. También se incorporó un programa de manejo de residuos reciclables. Se incorporaron talleres de tecnología agrícola que ayudaron a mejorar el estado nutricional de la comunidad. Respecto a los proyectos de corte ambiental, se desarrollaron programas de medicina tradicional. En estos proyectos se integran valores de conservación de recursos y respeto de los ecosistemas.

Como parte del proceso de intervención, se desarrolló un programa de evaluación constante de la comunidad mediante encuestas de opinión que en algunas ocasiones fue dejado de lado por cuestiones de tiempo con los alumnos. Además, se trabajaron talleres artísticos y de lengua de fortalecimiento de lengua materna, dado que la telesecundaria se encuentra en una comunidad indígena. La autora concluye que este tipo de prácticas educativas permite mantener la cultura de las comunidades educativas, además, recalca la importancia de generar formas propias de educación en las comunidades y generar procesos de participación de la escuela, que logren que los educados accedan a la cultura nacional sin perder su propia identidad. Señala, además, la necesidad de trabajar para eliminar las prácticas discriminatorias hacia la mujer mediante su participación protagónica en las prácticas escolares.

Con base en el análisis del estado del conocimiento, se puede concluir en la importancia para la educación de estudiantes de ciencias de la salud en aspectos socioambientales y modos de vida sustentables, el rescate cultural como elemento para la generación de propuestas para la sustentabilidad de los espacios escolares, la formulación de procesos participativos con los pueblos originarios y, por último, la necesidad de superar la visión antropocéntrica en el enfoque de sustentabilidad para disminuir el impacto del cambio climático planetario.

Los centros modélicos en atención primaria de la salud (APS) que se implementan en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara y en las comunidades relacionadas con el aprendizaje interprofesional en desarrollo humano sostenible intercultural en las carreras de Nutrición, Medicina y el posgrado de Salud Ambiental, se sustenta en la Teoría de Diálogo Biocultural para Regenerar la Vida Natural. Es una perspectiva teórica desarrollada por el autor, para explicar los

procesos biológicos e histórico-culturales producto del intercambio de saberes entre pueblos, naciones y regiones del planeta, que aportan conocimientos para regenerar la vida natural de acuerdo a principios y leyes que regulan los ciclos biológicos que permitan desarrollar proyectos productivos agroecológicos y salud intercultural, conservando las plantas, animales y seres humanos para vivir en armonía con la biodiversidad de los territorios (Crocker, 2020).

La cosmovisión de los pueblos originarios, articulada en procesos de diálogo de saberes con los pueblos mestizos y las comunidades universitarias, constituye una veta de conocimiento para fundamentar una teoría de alcance medio para construir una propuesta de diálogo de saberes con la perspectiva de sustentabilidad generada por la cultura occidental, que permita la regeneración de la vida natural o “Madre Tierra”, en crisis por la implementación del modelo intensivo de producción impulsado en las últimas siete décadas.

En contraposición, la visión antropocéntrica dominante en la cultura occidental, que subordina la vida natural a las necesidades humanas, ha contribuido a la crisis planetaria que padecemos, en donde los elementos que sostienen la vida en la Tierra entraron en crisis aguda por el proceso de industrialización implementado por el desarrollo del capitalismo en los últimos 200 años y su máxima expresión de calentamiento global por el uso intensivo de tecnologías de explotación máxima de los recursos naturales en los últimos 70 años, producto de la revolución verde (Ambrosio, 2014).

La propuesta educativa para el aprendizaje de la sostenibilidad intercultural en los centros modélicos para la APS se basa en la pedagogía de frontera de Giroux. La pedagogía de frontera se construye a partir del posmodernismo crítico y la pedagogía crítica. Giroux, en el año 2000, describe que la finalidad de la pedagogía de frontera es delimitar que hay un plano que separa a las culturas existentes, a lo que se denomina la “frontera”, donde los saberes de cada cultura se ponen en debate con las aceptaciones y contradicciones existentes entre los grupos; las aportaciones de cada uno de los participantes deben ser entendidas como una construcción social y cultural, que son sometidas al análisis crítico entre culturas y así proceder a transformar la realidad en la que viven (González, 2006).

La premisa del estudio es la siguiente: si las sociedades modernas y posmodernas somos capaces de hacer una autocrítica a nuestro modelo de desarrollo antropocéntrico, debemos incorporar al aprendizaje de los alumnos y profesores de ciencias de la salud no solo los modelos de sustentabilidad y sostenibilidad occidentales, que buscan moderar la explotación de recursos naturales, sino también la cosmovisión de los pueblos originarios mesoamericanos relacionada con vivir en armonía con la naturaleza, o sea, una ruptura con el modelo antropocéntrico de relacionarse con la vida natural.

En el estudio se analizan dos casos educativos a través de un diseño metodológico cualitativo de análisis del discurso escrito, observación participante realizada por el autor en el contexto del modelo educativo del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, Jalisco, México, y entrevistas en profundidad realizadas a indígenas participantes.

Se analizan tres documentos: a) el modelo educativo del CUCS de la Universidad de Guadalajara; b) el documento de creación de la Granja Escuela Agroecológica Intercultural (*kiekari + kitsikapa Nutsi* o “Lugar Donde se Aprende con la Madre Tierra en el idioma wixárika”); y c) la creación del Laboratorio de Agroecología Intercultural para la Salud del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara; en la creación de ambos proyectos participan indígenas de la etnia wixárika para integrar sus aportes interculturales, a través de diálogo de saberes.

El análisis del discurso se complementa con la observación etnográfica participante realizada por el autor para complementar la reflexión crítica de ambos proyectos y los comentarios realizados por indígenas en ambas experiencias.

En los resultados del estudio se analiza el modelo educativo del CUCS de la Universidad de Guadalajara, es un documento elaborado en el año 2009 que fue actualizado en el año 2021 (CUCS, 2021). Es una guía para las propuestas curriculares y las prácticas pedagógico-didácticas que se implementan en este espacio escolar a nivel de pregrado y posgrado. Con relación al enfoque educativo, se sustenta en el aprendizaje de competencias profesionales integradas con base en los paradigmas de la complejidad y el constructivismo.

En el modelo educativo, en el apartado de gestión del bienestar, se señala que la convivencia sana entre personas y con el medio ambiente se propone en el documento: “crear, promover y facilitar ambientes, situaciones y condiciones saludables para la formación integral de profesionales de la salud en concordancia con los objetivos de desarrollo sostenible...”; a partir de esta propuesta se incorpora la unidad de aprendizaje “salud ambiental”, como parte del área básica común de todas las carreras de pregrado y se organiza en la institución un sistema de gestión ambiental coordinado por un comité de sostenibilidad, que orienta la implementación y continuidad de los programas de acuerdo con la política ambiental en la comunidad universitaria.

Como parte de la estrategia de vinculación universitaria se crea la Granja Escuela Agroecológica Intercultural, que está ubicada en el ejido Emiliano Zapata, municipio de El Arenal, en la región Valles del estado de Jalisco, México. El espacio educativo intercultural tiene el propósito de contribuir a desarrollar una propuesta de política pública culturalmente sostenible de soberanía alimentaria y modos de vida sustentables, para ser aplicada con los pueblos de esta región, deteriorada por el uso masivo de abonos químicos, insecticidas, semillas modificadas y herbicidas, que han provocado un deterioro del ambiente, malnutrición y cáncer en la población de esta zona del país, en donde participan alumnos e investigadores de la institución educativa (Crocker, 2020).

El centro modélico organizado en la Granja Escuela tiene las siguientes áreas de aprendizaje: a) espacio ceremonial, en donde los campesinos mestizos y los alumnos de distintos espacios escolares se incorporan al conocimiento y las prácticas de la cosmovisión del pueblo wixárika, quienes subordinan su vida a la “Madre Tierra”, a través de rituales para cuidar a la naturaleza; b) banco de semillas nativas, espacio para aprender la producción del sistema de coamil, en donde se siembra, de manera ecológica, maíz, frijol, calabaza y chile; c) traspatio, para la crianza de pequeñas especies animales, como borregos, cabras, gallinas y guajolotes, para aprender a producir alimentos para el autoconsumo y abonos orgánicos, como la composta y lixiviados de lombriz; d) huerta de hortalizas y frutales, que forman parte de la dieta de la milpa para fomentar las dietas culturalmente sostenibles; e) jardín botánico,

para aprender el uso de plantas medicinales y controladores biológicos de plagas; f) sistema para el manejo sustentable del agua, en donde se integra la recolección de agua de lluvia, un pozo para extraer agua de los mantos acuíferos, riego por microgoteo, el tratamiento de aguas residuales jabonosas y grasosas, a través de un biofiltro y el manejo de aguas residuales humanas, con un sistema bacteriano que limpia las heces y la orina humana, que se reutilizan para hacer abonos (Crocker, 2022).

La Granja Escuela tiene también un programa de investigación participativa intercultural, en donde miembros del pueblo wixárika, estudiantes, investigadores y campesinos mestizos, aprenden los métodos científicos para rescatar la experiencia de informantes de los pueblos wixárika, mestizos y líderes sociales del occidente de México. Los resultados de las investigaciones se comparten en talleres de diálogo de saberes interculturales para formular propuestas de sustentabilidad y sostenibilidad de los pueblos de Jalisco.

El modelo de granja escuela constituye un espacio formativo para crear conciencia del rol que desempeña la cosmovisión de los pueblos originarios en la regeneración de la vida natural en el planeta y para lograr la sostenibilidad alimentaria intercultural en las comunidades campesinas e indígenas.

El centro modélico constituido por el Laboratorio de Agroecología Intercultural para la Salud es un espacio colaborativo experimental construido por profesores y alumnos de las carreras de Nutrición, Medicina y el posgrado de Salud Ambiental con el apoyo de miembros de la comunidad de la etnia wixárika (CUCS, 2020). En el documento de creación se proponen los siguientes objetivos:

Desarrollar en el espacio experimental del laboratorio de agroecología para la salud, una comunidad de alumnos, docentes, investigadores y el entorno biótico, en las cuales se propicie un intercambio de prácticas, experiencias y conocimientos a través del diálogo intercultural, encaminado a generar proyectos agroecológicos y de tecnología apropiada que resuelvan las necesidades de la población en autosuficiencia alimentaria, medicina tradicional, y salud ambiental y contribuyan al proyecto de centro universitario de ciencias de la salud sustentable...

[...] vincular esfuerzos de investigación experimental en el campo de la agroecología relacionados con la alimentación, la medicina tradicional y la salud ambiental con los centros e institutos de investigación del CUCS, la Red Universidad de Guadalajara, y con diferentes instituciones y organizaciones, que permita construir políticas públicas y conocimiento científico innovador que abonen al empoderamiento de las comunidades y los participantes del Programa de Educación en Salud, Ambiente y Nutrición en Comunidades (PROESANC) del Departamento de Salud Pública del CUCS...

Para el logro de los objetivos planteados el huerto está organizado en cinco áreas de aprendizaje e investigación experimental: alimentación y terapéutica natural, que estimula a la comunidad educativa al consumo de nutrimentos y plantas medicinales para la prevención y terapéutica de problemas de salud en espacios de atención primaria en salud; jardín botánico, para el aprendizaje de los métodos que propicien hogares sustentables de alumnos y profesores; dieta de la milpa, para incorporar la dieta tradicional y los alimentos culturalmente sostenibles en la prevención de enfermedades crónico-degenerativas; dieta mediterránea, para incorporar los beneficios de frutas y verduras de origen mediterráneo a la dieta familiar; abonos orgánicos, para aprender la elaboración de abonos a base de desechos vegetales como parte del manejo sustentable de basuras en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud, así como el uso de lombricomposta para generar foliares y nutrir las plantas de manera natural, y tecnologías apropiadas en salud y alimentación intercultural, en donde los alumnos y profesores aprenden técnicas para siembra vertical y en espacios pequeños, hidroponía, y cómo generar sus bancos de semillas nativas.

Un elemento central en ambos centros modélicos es el diálogo intercultural de saberes, como lo comenta un joven indígena que está incorporado como facilitador intercultural en ambos proyectos:

[...] aquí en estos proyectos, la granja intercultural y el laboratorio, son espacios que han sido por mucho tiempo contruidos de a poco, compartimos cosas entre varias personas y vamos aprendiendo [...] yo creo que podemos conservar e intercambiar conocimiento sobre la Madre Tierra y los cultivos...

En ambos proyectos, un elemento central es la agroecología intercultural sustentada en el diálogo de saberes, que es una corriente que contribuye a la evaluación y el reconocimiento de la práctica agrícola en las comunidades locales y originales, así como a la integración del conocimiento técnico científico para lograr sistemas productivos más estables y justos. Esta perspectiva es comentada por el facilitador intercultural de ambos proyectos:

[...] nosotros lo llamamos diálogos interculturales, compartimos lo que cada uno piensa, un investigador puede hacerse preguntas, incluso él mismo puede respondérselas, pero eso no sirve de mucho [...] entonces aquí con nosotros con una confianza, respeto y valores intercambiamos poco a poco conocimiento...

Conclusiones

Los centros modélicos en atención primaria de la salud constituidos por la Granja Escuela Agroecológica Intercultural y el Laboratorio de Agroecología Intercultural para la Salud que se impulsan en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, son espacios educativos que combinan la producción agrícola con la enseñanza de principios agroecológicos y la transmisión de conocimientos y valores relacionados con la soberanía para la seguridad alimentaria, la sostenibilidad ambiental y la búsqueda de alternativas terapéuticas innovadoras culturalmente sostenibles con participación de los pueblos originarios en dirección de limitar el cambio climático planetario.

Los elementos del intercambio de saberes se basan en la recuperación de la cosmovisión de los pueblos originarios y mestizos mesoamericanos que sustentan su alimentación en el sistema de producción de coamil, una práctica agroecológica tradicional, en donde se siembra maíz, frijol y calabaza con semillas criollas de acuerdo a los ciclos lunares, que incluye: rotación de áreas de producción, quema de residuos vegetales para generar minerales, banco de semillas nativas acompañado de rituales para agradecer a la Madre Tierra y en la recuperación de los saberes de los pueblos mestizos, relacionados con la producción de animales de

traspasamiento para producir abonos y manejo sustentable de agua, a través de la captación de agua de lluvia y sistemas de biofiltros para limpiar el agua residual. En ambas cosmovisiones, el jardín botánico, donde se producen plantas medicinales, tiene un rol importante en el control biológico de plagas y el manejo del proceso de salud-enfermedad que afecta a plantas, animales y seres humanos, así como el manejo sustentable de los ciclos del agua, que garantice producción permanente de alimentos y la vida natural de los territorios.

La construcción de espacios agroecológicos para el aprendizaje de la atención primaria en salud en la formación de médicos, enfermeras, nutriólogas y ambientalistas se ha convertido en alternativas educativas importantes en la promoción de la soberanía alimentaria, la salud integral y el buen vivir en armonía con la naturaleza, especialmente en contextos urbanos y periurbanos. Estas iniciativas buscan construir alternativas al modelo de producción agroindustrial, promoviendo un enfoque de educación ambiental crítica que fomente la participación y la acción ciudadana en la construcción de sociedades más justas y sostenibles en dirección de disminuir el impacto del cambio climático planetario. De acuerdo con Camacho *et al.* (2022),

los movimientos por la soberanía alimentaria y el escalamiento de la agroecología son propuestas desde pueblos y comunidades campesinas e indígenas que aportan esperanzadoras alternativas para mejorar la calidad de vida y reducir el impacto de la crisis socioambiental y alimentaria...

El diálogo de saberes como estrategia científica para recuperar conocimientos de los pueblos originarios e integrarlos de manera creativa con los saberes occidentales constituyen estrategias que deben impulsarse en los centros modélicos de atención primaria en salud en las escuelas y facultades de ciencias de la salud para generar una nueva cultura de sostenibilidad intercultural para detener el cambio climático planetario.

En esa dirección de ideas, Pérez y Argueta (2022) mencionan la importancia de recuperar a través del diálogo de saberes los conocimientos de pueblos originarios sobre el patrimonio ambiental. Comentan la importancia de la descolonización epistémica para

superar la colonialidad del pensamiento y proponen el “diálogo de saberes”, horizontal y participativo, como una vía hacia la descolonización del pensamiento y la interacción entre actores con sistemas de conocimiento distintos, dentro de un marco ético de respeto y justicia.

Al respecto, la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2023), durante el foro permanente para las cuestiones indígenas, revaloriza el conocimiento de pueblos originarios, e indica: “los pueblos indígenas tienen muchas de las soluciones para la crisis climática y son guardianes de la biodiversidad”; el secretario de la ONU indicó además que desde hace décadas estas comunidades han sido pioneras en la gestión sostenible de la tierra, llegando a manifestar el buen vivir con la Madre Tierra, entre lo que destacan el cuidado del agua, la agricultura y el consumo que da lugar a su salud.

Los aportes de los pueblos originarios de la región de Mesoamérica para el cuidado de la naturaleza para limitar el cambio climático planetario han sido documentados (Crocker, 2021) desde la perspectiva de la ecología profunda, en donde se señala el rol de los rituales relacionados con el cuidado de la Madre Tierra, el cuidado sustentable del agua y los maíces nativos, que constituyen la base cultural de la Granja Escuela Agroecológica y el Laboratorio de Agroecología Intercultural para la Salud.

Propuestas

El modelo de la Granja Escuela Agroecológica Intercultural y el Laboratorio de Agroecología Intercultural que se impulsan en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, sustentados en el modelo educativo que promueve la gestión ambiental, son espacios educativos para el aprendizaje de principios agroecológicos relacionados con la soberanía para la seguridad alimentaria, la sostenibilidad ambiental y la búsqueda de alternativas terapéuticas innovadoras culturalmente sostenibles que se deben incorporar en los espacios formativos para los estudiantes de ciencias de la salud.

En el estudio se muestra la importancia de la construcción de centros modélicos en atención primaria en salud para el aprendizaje experimental de la sustentabilidad intercultural, vinculados a proyectos cogestivos con pueblos originarios que fomenten el diálogo de saberes en dirección de fomentar la democracia epistémica para limitar el cambio climático planetario, que deben fomentarse como parte del programa de universidades saludables.

Es importante impulsar en los espacios educativos universitarios que forman profesionales de la salud, la profundización del enfoque de ecología profunda, como una nueva filosofía desarrollada por los pueblos originarios para regenerar la vida natural y limitar el cambio climático planetario, en dirección de impulsar el diálogo de saberes y la democracia epistémica.

Bibliografía

- Ambrosio, M. (2014). *Todo lo que necesitas saber sobre el cambio climático*. Buenos Aires: Paidós. 285 pp.
- Bidaseca, K. V. (2023). *Buen Vivir y saberes locales. Sistemas andinos y agroecología*. Buenos Aires: Librería Latinoamericana y Caribeña de Ciencias Sociales.
- Camacho, C. S. et al. (2022). Soberanía alimentaria y agroecología. *Revista Iberoamericana de Economía Ecológica*. 35(3): 39-56. URL: <https://redibec.org/ojs>
- Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara (2021). *Modelo educativo CUCS. Puesta a Punto*. Guadalajara: Ediciones de la Noche.
- Centro Universitario de Ciencias de la Salud/Departamento de Salud Pública (2020). *Propuesta para crear el Laboratorio de Agroecología Intercultural para la Salud*. Universidad de Guadalajara. 50 pp.
- Crocker, R. (2020). *Granjas escuelas agroecológicas interculturales*. Guadalajara: Ediciones de la Noche.
- (2020). Modelo teórico para el diálogo biocultural para regenerar la vida natural. En: *Granjas escuelas agroecológicas interculturales*, pp. 17-22. Guadalajara: Ediciones de la Noche.
- (2021). Los rituales de la etnia wixárika de México en el cuidado de la naturaleza. *Naturaleza y Sociedad. Desafíos Medio Ambientales*. (1): 1-14. <https://doi.org/10.53010/nys1.03>

- (2022). Granja escuela agroecológica intercultural: Espacio de diálogo de saberes para construir una propuesta de soberanía alimentaria y vida sustentable. *Revista Sembrando Conciencia*. 21-23. URL: <http://e-cucba.cucba.udg.mx>
- González Martínez, L. (2006). La pedagogía crítica de Henry A. Giroux. *Revista Electrónica Sinéctica*. 29(84): 83-87. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99815739014>
- Morales Espinosa, M. C. (2012). Hacia una comunidad de práctica con enfoque intercultural: la escuela telesecundaria Tetsijtsilin en Tzinacapan, Cuetzalan, Puebla. *CPU-e, Revista de Investigación Educativa*. (14): 18-43. <https://www.redalyc.org>
- Pérez, M. A. y Argueta, A. (2022). Descolonización, diálogo de saberes e investigación colaborativa. *Utopía y Praxis Latinoamericana*. 27(98): 1-10. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.6615933>
- Porras Contreras, Y. A. (2016). Formación de profesores de ciencias en el ámbito de la sustentabilidad: Una propuesta didáctica para el desarrollo de la competencia intercultural. En. *Bio-grafía: escritos sobre la biología y su enseñanza*, pp. 249-261. DOI: <https://doi.org/10.17227/bio-grafia.extra2016-6341>
- Organización de Naciones Unidas (2023). Pueblos indígenas, salud humana, salud del planeta y territorial y cambio climático. Un enfoque basado en los derechos. En: *Foro Permanente de Pueblos Indígenas*. Nueva York: Publicaciones de Naciones Unidas. <https://social.desa.un.org/es/unpfii/22o-sesion-del-foro-permanente-17-al-28-de-abril-2023>

Capítulo 12

La incorporación de la investigación en el aprendizaje de la atención primaria en salud

René Cristóbal Crocker Sagastume¹

Resumen

La investigación interprofesional de la docencia y los servicios en atención primaria de la salud en los centros modelos, es el proceso científico encaminado a determinar sistemática y objetivamente la pertinencia, eficiencia, eficacia e impacto de los programas y actividades que realiza una institución educativa en colaboración con las instituciones de servicios de salud y la participación de las comunidades en donde se implementa la atención primaria para la salud, con respecto a la misión, visión y objetivos en docencia, investigación y servicios definidos conjuntamente a través de utilizar metodologías de investigación cuanti-cualitativas en contextos complejos sustentadas en enfoques complejos transdisciplinares.

El programa de investigación en los centros modelo para el desarrollo de la docencia y los servicios de salud en APS debe incluir mínimamente los siguientes programas y líneas de investigación: investigación de sistemas de información de los servicios de salud y medicina académica; investigación educativa en el aprendizaje interprofesional y transdisciplinar en salud; investigación epidemiológica aplicada; investigación de servicios de salud.

-
1. Médico pediatra y doctor en Investigación Educativa Aplicada, profesor investigador titular, Instituto Regional de Investigación Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Miembro del Sistema Nacional de Investigadores de CONAHCYT, México. Coordina la Sección de Innovación de Sistemas de Atención de la Salud del Cuerpo Académico de la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina (AMFEM).

Palabras clave: investigación educativa, transdisciplina, interprofesional; integración docencia-servicio; atención primaria en salud.

Introducción

El desarrollo del presente capítulo parte de las propuestas que plantea AMFEM relacionadas con el rol de la investigación en la atención primaria de salud, en donde se señala que:

La atención primaria debe ser empoderada transfiriéndole conocimientos y desarrollando una nueva instrumentación. Debemos desarrollar una nueva tecnología médica miniaturizada diseñada ex profeso para sustentar las actividades de la atención primaria. También deben organizarse equipos de salud de carácter transdisciplinario, bien integrados e involucrados con su función social; los individuos talentosos y bien preparados son los motores del cambio y la mejora continua... (Abreu & León, 2016).

Desde la perspectiva del autor, la investigación es un elemento central en la consolidación de los centros modélicos para la integración de la docencia-servicio en atención primaria para la salud. En el presente capítulo se presenta en primer lugar una propuesta que integra aspectos epistemológicos que deben fundamentar los procesos de investigación; en segundo lugar, se formulan conceptos y estrategias útiles para la construcción del programa de investigación en los centros modélicos de APS.

En la última parte del presente capítulo se propone un programa de investigación para la docencia-servicio en atención primaria para la salud para ser desarrollado en los centros modélicos, que incluye líneas relacionadas con la investigación epidemiológica y de servicios de salud, con un enfoque ecosistémico y socioambiental, así como una propuesta de investigación educativa que contribuya al desarrollo curricular y las prácticas educativas.

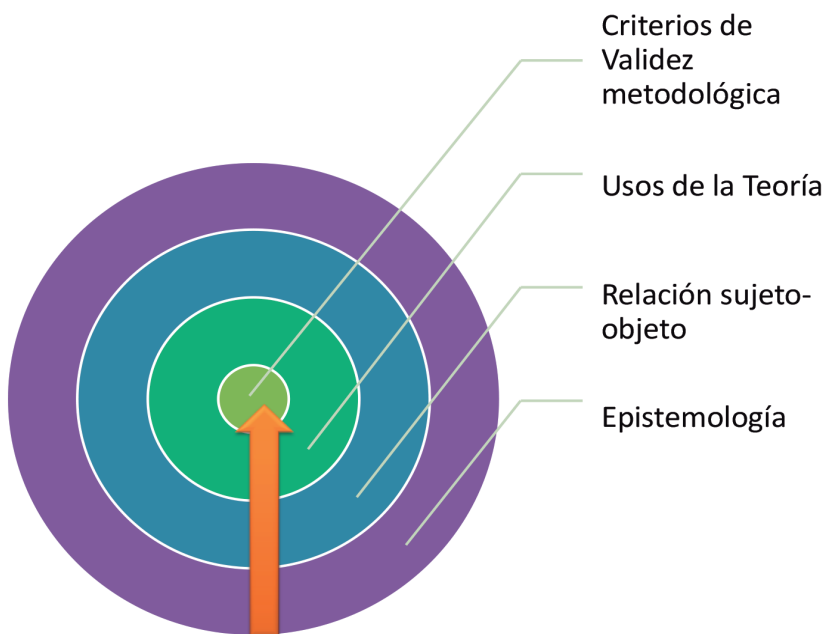
Desarrollo

Elementos epistémicos para la investigación

La epistemología es la teoría del conocimiento general que fundamenta el quehacer de la investigación en los centros modélicos; es un vector que define la relación sujeto-objeto, sujeto-sujeto, en la construcción de los problemas de estudio; permite seleccionar las teorías particulares y el momento de su aplicación en la construcción de las preguntas, premisas o hipótesis que fundamentan la duda científica, así como fundamenta los criterios de validez de las metodologías utilizadas en la investigación. La gráfica 1 ejemplifica su rol.

Gráfica 1

Funciones de la epistemología en la investigación



Fuente: Elaboración propia.

Existe un debate acerca de cuál es la mejor fundamentación epistémica de la investigación que debe sustentar el juicio crítico científico de las funciones de docencia y servicio que realizan los centros modélicos en atención primaria de la salud. La función de la epistemología en los centros modélicos de APS está relacionada con el tipo de conocimiento que se desee producir, desde el punto de vista del paradigma que sustenta la investigación. De manera sintética, el cuadro 1 relaciona los elementos que fundamentan las epistemologías en la investigación.

Cuadro 1

Criterios para definir las epistemologías

EPISTEMOLOGÍA	RELACION SUJETO-OBJETO	MOMENTOS DE LA TEORIZACIÓN	CRITERIOS DE VALIDEZ
NEOPOSITIVISMO	Distante para “contaminarlo con la subjetividad”	Al inicio para fundamentar la hipótesis o pregunta	Estadística
HERMENÉUTICA	Intersubjetiva	A lo largo de la investigación pero principalmente al final	Control de la subjetividad
SOCIO-CRÍTICA	Relación sujeto-sujeto en situación de igualdad	A lo largo de la investigación pero en el momento de tomar decisiones para transformar	Búsqueda de la validez de los datos para transformar la realidad
POSTMODERNA	Intersubjetiva pero controlada por las teorías (transdisciplinar)	Ir y venir entre la teoría, la realidad de investigación y el contexto	Múltiples
DEL SUR	Diálogo de saberes sujeto a sujeto en igualdad	La teoría se construye en una relación intersubjetiva e intercultural	Los sabios de las comunidades validan el conocimiento

Fuente: Elaboración propia, con base en Mardones Urzúa (1994), Morín (2004), Meneses y Bidaseca (2018).

En la actualidad, existen nuevos elementos para definir la epistemología que debe fundamentar la investigación con base en los contextos y los propósitos políticos que guían el trabajo científico o lo que se denomina la epistemopolítica. Este concepto está relacionado con la categoría modo de producción de conocimiento, que ha obtenido recientemente una amplia difusión, pues a través

de ella es posible diferenciar un grupo de prácticas de carácter epistemológico, económico, social y político que resultan vitales para comprender los procesos de generación de conocimiento en distintos momentos o desde distintos intereses que se deben realizar en la investigación en los centros modelícos de APS.

De acuerdo con Gibbons (1997), los estudios sobre los modos de producción del conocimiento pueden situarse en un área del saber que podríamos llamar *epistemopolítica*, pues va más allá de la pura reflexión epistemológica e incluye un conjunto de reflexiones sobre la economía política en medio de la cual se produce el conocimiento en las diferentes sociedades.

La epistemopolítica es una guía para definir el fundamento epistemológico de las investigaciones que se realicen en los centros modelícos de APS de acuerdo con los contextos y los tipos de conocimiento que se desee generar. El cuadro 2 aporta en esa dirección.

Cuadro 2

Relaciones del contexto sociopolítico con los tipos de conocimiento

CONTEXTO SOCIOPOLITICO	TIPOS DE CONOCIMIENTO
Europa moderna de consolidación del capitalismo , la emergencia del pensamiento humanista	CONOCIMIENTO DISCIPLINAR (TIPO 1) - Controlar y predecir fenómenos Naturales. Neopositivismo - Comprender los procesos sociales. Hermenéutica - Superación de las injusticias sociales: Crítico
Sociedad que basa la creación de riqueza en el conocimiento , el debilitamiento del estado benefactor , la existencia de empresas de carácter transnacional .	CONOCIMIENTO TRANSDISCIPLINAR (TIPO 2) - <i>Es importante contexto de aplicación</i> El conocimiento tiene la intención de ser útil para alguien , (gobierno, sociedad o empresas). El conocimiento se produce siempre bajo una negociación continua con los intereses de los diversos actores .
Crisis ecológica planetaria , las críticas al uso del conocimiento en la sociedad globalizada y la insuficiencia de los modelos propuestos para el aumento de la competitividad internacional	CONOCIMIENTO DESCOLONIZADOR: (Tipo 3) Se privilegian las demandas de los actores sociales y el entorno natural ; se privilegia la producción de conocimiento altamente especializado en contextos de aplicación orientados a solucionar los problemas de la humanidad y empoderar a las comunidades .

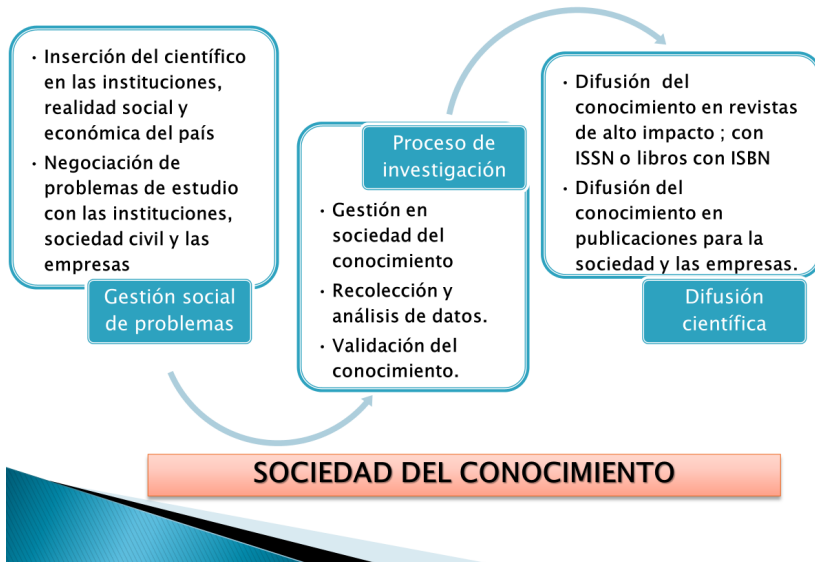
Fuente: Elaboración propia con base en conceptos de Gibbons (1997).

A continuación se sintetizan conceptos y estrategias útiles para la construcción del programa de investigación en los centros modélicos de APS.

Para implementar la medicina académica y el aprendizaje transdisciplinar en ciencias de la salud, Crocker (2022) propone el siguiente concepto: Son las estrategias y acciones de investigación que realizan las instituciones educativas para innovar la investigación de la APS en un mundo complejo agudizado por la disrupción de la sindemia de crónico-degenerativas con el COVID-19 que incluyen: a) La incorporación del enfoque ecosistémico en la investigación de la APS; b) La incorporación de la educación virtual, la educación simulada y los medios virtuales para realizar investigación en la medicina académica de APS; c) La construcción de centros modélicos para innovar la medicina académica de APS que integre la docencia-investigación y servicios; d) El trabajo interprofesional y multisectorial con enfoque transdisciplinar en la investigación en APS; y e) La participación de nuevos actores sociales en los procesos de investigación para implementar la metodología de investigación-acción participativa en APS.

Un concepto fundamental en la propuesta de investigación que se debe desarrollar en los centros modélicos es el de gestión social del conocimiento, que difiere del enfoque de investigación traslacional en los siguientes elementos: Se debe partir de la inserción del equipo de investigación en las comunidades y poblaciones, para que los problemas de estudio se construyan desde sus necesidades y demandas de promoción y atención a la salud; se deben construir las propuestas con un abordaje transdisciplinar e intercultural y es importante que se transfiera el conocimiento no solo a la sociedad del conocimiento, sino también a las poblaciones y comunidades, para resolver los problemas de salud y enfermedad en los espacios sociales en donde viven, trabajan, estudian y se divierten las poblaciones y comunidades. La propuesta se esquematiza en la gráfica 2.

Gráfica 2
El trabajo científico



Fuente: Elaboración propia.

Un concepto importante es el de investigación disruptiva transdisciplinar para la APS, es el proceso científico encaminado a determinar sistemática y objetivamente la pertinencia, eficiencia, eficacia e impacto de los programas y actividades que realiza una institución educativa con las instituciones de servicios de salud que implementan APS con respecto a la misión, visión y objetivos en docencia, investigación y servicios definidos conjuntamente a través de utilizar metodologías de investigación cuanti-cualitativas y su relación con el contexto (Crocker, 2022).

Un elemento central para instrumentar la investigación disruptiva transdisciplinar en medicina académica en APS es el diseño de un programa que incluya líneas de investigación para el desarrollo de la docencia y los servicios de salud en APS. A continuación se aportan elementos para su desarrollo:

Programa de investigación vinculado al análisis a los sistemas de información de los servicios de salud y medicina académica.

Este programa de investigación debe estar enfocado principalmente a vigilar la situación de salud y el impacto de las acciones de docencia y servicios de atención primaria para la salud ubicados en los centros modélicos donde viven, trabajan y estudian las comunidades y poblaciones.

Este sistema debe ser construido de manera digital por un equipo de investigación de las instituciones educativas, que sean expertos en vigilancia y monitoreo de la situación de salud, y debe ser la base para generar investigaciones específicas a profundidad que incluyan metodologías cuanti-cualitativas y análisis de contextos con énfasis en la investigación epidemiológica y de servicios de salud en atención primaria en la salud.

En el libro *Educación médica en un mundo en crisis* (Crocker y Esperón, 2021), en el capítulo “Liderazgo e innovación crítica para transformar el sistema de salud y la educación médica a través de la investigación epidemiológica y de servicios de salud” (Crocker, De Alba y Torre, 2021) se proponen los siguientes elementos para desarrollar la investigación epidemiológica y de sistemas de salud orientados a la atención primaria en salud. Con respecto a la investigación epidemiológica se propone:

La investigación epidemiológica debe realizarse con un enfoque ético vital, no tan solo para recuperar la vida, o sea, transformar estilos de vida individuales en condiciones de vida grupales a nivel inclusive epigenético. Se requiere mantener la vida transformando componentes colectivos y de formas de vivir malsanos, para recuperar, mantener la vida, y sobre todo desarrollar la vida; o sea, transformar procesos de relaciones económicas y de poder y producción en modos de vida social salutógenos. En pocas palabras, aumentar la soberanía, la solidaridad, la equidad y la bioseguridad de nuestra población...

En el mismo documento, con relación a la investigación de servicios de salud en atención primaria en salud, se comenta lo siguiente:

También se necesita crear una nueva ciudadanía, porque se requiere un esfuerzo ciudadano para cambiar el sistema de salud. Hasta hoy su construcción fue un avance extraordinario, fue un parteaguas para la salud, pero se necesita una renovación, que no se va a dar por dentro del sistema de salud, se va a dar a través de las escuelas de medicina, se va a dar con una presión

ciudadana para exigir mejor atención, mejor educación y más inversión en investigación que transforme el sistema de salud en México...

Programa de investigación educativa para la docencia en APS.

Para fortalecer las prácticas educativas que se impulsan en los centros modélicos de APS se necesita fortalecer el programa de investigación en el campo de las ciencias de la educación aplicada. Este programa debe tener las siguientes características:

- Partir del análisis de las culturas locales en salud de las poblaciones en diálogo con las culturas de aprendizaje de los actores académicos que incluyen alumnos, profesores ligados a la APS, tutores que asesoran y apoyan las prácticas y miembros del equipo comunitario en salud.
- Que incorpore la educación interprofesional en donde participen médicos, nutriólogas, enfermeras, psicólogos, odontólogos, terapeutas, sociólogos y antropólogos de la salud que interactúen en los espacios sociales para promover y cuidar la salud de las poblaciones.
- Transitar de los enfoques disciplinares, interdisciplinares, al enfoque transdisciplinar que integre el abordaje ecosistémico y socioambiental de los problemas de salud en los espacios sociales, y transitar del enfoque biomédico en el aprendizaje de las ciencias de la salud a una educación por competencias profesionales integradas que sea flexible y adaptativa.
- Incorporar las tecnologías virtuales en la recolección y análisis de los problemas de salud básicos de la población y a los procesos educativos que contribuyan al desarrollo de un nuevo sistema de vigilancia de la situación de salud y al fortalecimiento de la investigación educativa aplicada a los servicios y a la docencia en APS.
- Generar innovaciones a las prácticas educativas y al perfil formativo en APS de las escuelas y facultades de ciencias de la salud de los países.

Uno de los aspectos nodales en la implementación de la investigación de la docencia-servicio en los centros modélicos de APS son las líneas de investigación educativa y su vinculación con los

servicios de salud. Para ello se sugieren las siguientes líneas de investigación educativa:

- Análisis de las prácticas educativas y docentes, que deben incluir proyectos para la investigación evaluativa de la planeación de unidades de aprendizaje, prácticas docentes, prácticas de evaluación del aprendizaje y el programa de formación docente para la integración docencia-servicio en APS.
- Prácticas de vinculación, que deben incluir proyectos para la investigación de la organización de las prácticas profesionales y de servicio social y la vinculación con las instituciones de salud y la sociedad civil, así como la investigación de la relación con los servicios tradicionales de salud local.

Debido a la complejidad de la problemática relacionada con la integración docencia-servicio en los centros modélicos de APS, se proponen los elementos metodológicos que se exponen en la gráfica 3, que están relacionados con la investigación evaluativa y que incluyen metodologías cuantitativas, cualitativas, metodologías colectivas de diálogo intercultural, análisis de contextos y análisis documental. Las investigaciones deben estar fundamentadas en la investigación-acción participativa y las teorías de la epistemología de la complejidad y las epistemologías del Sur. Para su implementación se sugiere conjuntar equipos transdisciplinarios.

Gráfica 3



Fuente: Elaboración propia.

Existen experiencias en el desarrollo de la investigación en programas de docencia-servicio en centros modélicos de atención primaria de la salud, un ejemplo es el Verano de Investigación Científica del Pacífico Delfín, que se implementa desde hace una década en las universidades de México, Costa Rica y Colombia, coordinado por la Universidad Autónoma de Nayarit, en donde participan alumnos de diferentes carreras de pregrado tutorados por investigadores de las universidades del país.

La experiencia en donde participa el autor del presente capítulo se ha realizado en los Centros Modélicos Las Colmenas de los municipios de Guadalajara y Zapopan en el estado de Jalisco, en donde se incorporan alumnas de las carreras de Nutrición y Medicina para realizar un diagnóstico situacional de la soberanía y seguridad alimentaria de las familias, el uso de medicinas tradicionales y la relación con el contexto socioambiental, a partir de lo cual se implementan acciones participativas de promoción de la salud, alimentación y cuidado de los entornos ambientales. A

continuación, se documenta con gráficas el Verano de Investigación Delfín 2023, en donde participan alumnas de la Universidad de Sinaloa, Nayarit, y la Universidad de Guadalajara, en el aprendizaje de metodologías interprofesionales de investigación con alumnas de Nutrición, Enfermería y Medicina.

Gráfica 4

Verano de investigación Delfín 2023



Fuente: Fotografías tomadas por el autor. Verano Delfín 2023. Centro Modélico Las Colmenas, Guadalajara.

Conclusiones

La metodología de investigación-acción participativa con un enfoque transdisciplinar de tipo interprofesional en donde participan profesores, investigadores y tutores de las escuelas y facultades de ciencias de la salud en diálogo con las organizaciones comunitarias, es un elemento central en la consolidación de los centros modélicos para la integración de la docencia-servicio en atención primaria para la salud.

Para desarrollar la investigación ligada a la docencia y servicios en los centros modélicos de APS, es importante generar un programa de investigación vinculado al análisis a los sistemas de información de los servicios de salud y medicina académica, que debe estar enfocado principalmente a vigilar la situación de salud y el impacto de las acciones de docencia y servicios de atención primaria para la salud que incluya líneas de investigación epidemiológica, servicios de salud y de investigación educativa.

Bibliografía

- Abreu, L. F. y León, R. (2016). *Una agenda para el cambio de la educación médica en México. Horizonte 2030*. Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A. C. (AMFEM). Elsevier.
- Crocker, R. (2022). La investigación disruptiva transdisciplinar en los centros modélicos de APS. Comunicación personal presentada en Reunión Nacional de Escuelas y Facultades de Medicina. San Luis Potosí.
- Crocker, R., De Alba, J. y Torre, G. (2021). Liderazgo e innovación crítica para transformar el sistema de salud y la educación médica a través de la investigación epidemiológica y de servicios de salud. En: Crocker, R. y Esperón, R. *Educación médica en un mundo en crisis*. Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina. Ediciones de la Noche.
- Gibbons, M., Limoges, C., Nowotn, H., Schwartzman, S., Scott, P. y Trow, M. (1997). *La nueva producción del conocimiento. La dinámica de la ciencia y la investigación en las sociedades contemporáneas*. Barcelona, Ediciones Pomares.
- Mardones, J. M. y Ursua, N. (1994). *Filosofía de las ciencias humanas y sociales. Materiales para una fundamentación científica*. Editorial Fontamara.
- Meneses, P. y Bidaseca, K. (Coords.) (2018). *Epistemologías del sur*. CLACSO. [Epistemologías_del_sur_2018.pdf](https://www.clacso.edu.ar/Epistemologias_del_sur_2018.pdf) (clacso.edu.ar).
- Morín, E. (2004). Epistemología de la Complejidad. *Gaceta de Antropología*. Vol. 20. <http://hdl.handle.net/10481/7253>

Aprendizaje de la atención primaria en salud
se terminó de editar en abril de 2024
en los talleres gráficos de Ediciones de la Noche
Madero #687, Zona Centro
44100, Guadalajara, Jalisco, México.

www.edicionesdelanoche.com



El libro **Aprendizaje de la Atención Primaria en Salud** es una publicación colegiada académico científica liderada por la Sección de Innovación de Sistemas de Salud del Cuerpo Académico de la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina, con la colaboración de expertos en el campo de la salud pública, epidemiología, sociología, antropología, ecología, educación y políticas públicas en salud y educación superior.

El libro está organizado en tres partes: en la primera, se abordan los aspectos histórico-conceptuales de la Atención Primaria en Salud, en donde se plantean elementos para un debate sobre este enfoque de atención a la salud; en la segunda parte, se aportan elementos educativos para el aprendizaje de la atención primaria en salud (APS) relacionados con cuatro estrategias clave para su implementación: la educación interprofesional en atención primaria en salud, el enfoque de medicina académica en APS y su implementación en espacios de educación intercultural, así como, el papel de las nuevas tecnologías de la información en la medicina académica de APS y en la tercera parte del libro, se elaboran propuestas para implementar el aprendizaje de la APS, a través de la organización de centros modélicos para realizar docencia, investigación y servicios en los espacios sociales donde vive, trabaja, estudia y se recrean las poblaciones y comunidades.

La publicación tiene el propósito de contribuir al debate político-académico de las relaciones entre los servicios de salud, con énfasis en el enfoque de Atención Primaria en Salud y la formación de profesionales, con énfasis en la educación médica, en una coyuntura de definiciones estratégicas en los sistemas de salud y el nuevo rumbo de la educación médica en América Latina, desde la realidad que se vive en México.

ISBN 978-84-19803-35-1



9 788419 803351



amfem
Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.