



Paulina Cervantes Martínez
AEFMUAC
cermap953@gmail.com

334,336; este es el número de personas que, según el último corte disponible de 2023 de los datos obtenidos de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, han fallecido por la pandemia del 2019 ocasionada por el virus SARS-CoV-2 en México (1). Este número, aunque significativo, no se compara con las aproximadamente 7,115,819 personas que han fallecido a nivel mundial por la misma causa, de acuerdo con los últimos datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2). En este contexto, es imperativo cuestionar las estrategias implementadas en nuestro país durante la pandemia de COVID-19 y es nuestra labor como futuros profesionales de la salud destacar las fortalezas, pero sobre todo las áreas de oportunidad en el sistema de salud a la luz de una posible nueva pandemia.

El cimiento que la OMS diseñó

Desde la declaración de Alma-Ata en 1978 hasta la de Astana en 2018, la OMS ha enfatizado la importancia de implementar la Atención Primaria a la Salud (APS) como pilar de los sistemas de salud alrededor del mundo con aras de conseguir la tan anhelada cobertura universal de salud en concordancia con el tercero de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), de la agenda para el 2030: “Salud y

bienestar”. Ahora, ¿qué confiere un modelo de atención a la salud sustentado en los principios de la APS? En base a su definición, se distingue por ser una forma de organización del sistema de salud que involucra no solo a las instituciones proveedoras de estos servicios, sino a toda la sociedad, con la intención de garantizar que se obtenga el mayor nivel de salud y bienestar de manera equitativa y centrada alrededor de las necesidades específicas de cada persona en base a su contexto. Además, se hace hincapié en que este es un proceso continuo que abarca desde la promoción de la salud y prevención de enfermedades hasta el tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, y que debe conseguirse de la manera más próxima al entorno cotidiano de las personas (3). En este sentido, la APS refleja un cuidado integral que no debe limitarse al primer nivel de atención y que, al llevarse a cabo de manera correcta, supone un recurso invaluable en la batalla contra futuras posibles pandemias al detectar de manera temprana enfermedades transmisibles y prevenirlas; incluso, en base a las proyecciones de la OMS, se calcula que ampliar las intervenciones en atención primaria de salud en los países de ingreso bajo y mediano podría salvar 60 millones de vidas y aumentar la esperanza de vida en 3.7 años para 2030 y, además, puede servir para alcanzar el 75% de los progresos en la esfera de la salud previstos

en los ODS (4).

Desde “reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos” hasta en lo que concierne a este texto, “poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles”, las metas bajo el tercer ODS se centran todas alrededor de un solo objetivo: garantizar la cobertura sanitaria universal (5). En relación con lo anterior, resulta sencillo argumentar que la APS, además de ser una práctica médica humana que todos deberíamos buscar ejercer, es también la clave para conseguir este propósito. Utilicemos un ejemplo para ponerlo en perspectiva: una persona "A", que cuenta con acceso a servicios de primer contacto de calidad, puede ser diagnosticada de manera temprana si presenta síntomas de una enfermedad transmisible, iniciar tratamiento oportuno y, más importante aún, ser reportada al sistema de vigilancia epidemiológica correspondiente antes de que su padecimiento se disemine en la comunidad. Una persona "B", sin ese mismo acceso, va a retrasar su atención hasta que su cuadro se agrave lo suficiente como para requerir hospitalización, y es en ese momento en el cual el brote que pudo haberse contenido en el consultorio ya circula entre las personas que la rodean. Esta distinción no es hipotética, es precisamente el mecanismo del que dependen los sistemas de vigilancia epidemiológica para funcionar. En México, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) recibe información

desde 20,005 unidades de salud distribuidas en todo el país (6), pero durante la pandemia de COVID-19 se evidenció que la dependencia de un modelo de vigilancia centinela, el cual fue diseñado originalmente en 2006 para el monitoreo de influenza, generó una pérdida importante de información no cuantificada, según constataron Ornelas-Aguirre y Vidal-Gómez-Alcalá al comparar los casos oficiales con las estimaciones ajustadas mediante el número de reproducción efectivo del virus (7). Dicho de otro modo: un sistema puede contar con la infraestructura formal para vigilar epidemias, pero si el primer contacto, que en este caso representa la APS, no está debidamente fortalecido y articulado con ese sistema, la detección temprana se vuelve, en la práctica, tardía.

La arquitecta que decidió no construir

En palabras de los autores Joan Benach, Montse Vergara y Carles Muntaner, "si cada civilización crea sus propias enfermedades y sus propias epidemias, la enfermedad más importante de nuestra época, su epidemia más devastadora, no es la tuberculosis, la malaria o el SIDA, sino la desigualdad de la salud" (8). Esta afirmación no es solo una metáfora, es lo que literalmente ocurre cuando la iniciativa de la APS se enfrenta a la realidad de nuestro país. En México, el 71% de los motivos por los que las personas no se atienden en el lugar que les corresponde según su derechohabencia se relaciona con barreras de acceso, afiliación, cercanía, costo y no con falta de necesidad (9). Esta brecha no es un fenómeno aislado; la propia Secretaría de Salud reconoció en

2021 seis ejes de dificultad que limitan el acceso al primer nivel de atención, entre ellos la insuficiencia de recursos, la débil gobernanza y la limitada participación comunitaria (10). Y, ¿cuáles han sido las consecuencias? México presenta la tasa más alta de mortalidad tratable de América Latina, con 175 muertes por cada 100,000 habitantes, y más de 44 millones de personas carecían de acceso médico en 2024, más del doble que en 2018 (11). El problema no es entonces si México es capaz de diseñar un modelo de salud fiel a los principios de la APS accesible, continuo, centrado en la persona; el problema es que ese modelo no sirve de nada si la mitad de la población nunca logra cruzar la puerta de un centro de salud. La detección temprana que previene una pandemia sólo existe si hay, en primer lugar, alguien ahí para detectar.

Construir desde abajo, no desde arriba

Por otro lado, se puede objetar que una mejor manera de distribuir los recursos dirigidos al fortalecimiento de nuestro sistema de salud en el contexto de una futura pandemia, sería invertir en potenciar la infraestructura sanitaria de nuestro país; con la crisis sanitaria del COVID-19 se evidenciaron claras limitaciones en este rubro, por ejemplo, de acuerdo a datos del Sistema de Información de la Red de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) se registró hasta el 80% de saturación hospitalaria, se tuvieron que implementar estrategias como la reconversión hospitalaria, la adecuación de espacios alternativos como campos militares o centros de convenciones, se abrieron miles de plazas para médicos en todo el país,

entre otras tácticas para dar abasto a la gran concentración de pacientes (12). Si bien el fundamento es válido y no debería menospreciarse, el argumento original se mantiene: un buen sistema de salud basado en la APS es capaz de detectar, prevenir y brindar tratamiento de las enfermedades transmisibles antes de que se conviertan en una amenaza como lo fue el SARS-CoV-2.

Lo que aún podemos edificar

Queda claro entonces que la APS es más que el medio para un final; su correcta implementación requiere la acción conjunta de instituciones gubernamentales y otras partes interesadas, como lo somos todo el personal de salud, y si bien hay muchas cuestiones administrativas y presupuestales que están fuera de nuestro control, elegir practicar la medicina de manera equitativa, humana y específica para cada paciente sí está en nuestras manos y es una decisión que debemos de tomar todos los días.

REFERENCIAS

1. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. Datos abiertos de la Dirección General de Epidemiología [Internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud; [actualizado 25 jun 2023; citado 2026 jul 14]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>
2. Organización Mundial de la Salud. WHO COVID-19 dashboard: COVID-19 deaths [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 2026 jul 14]. Disponible en: <https://data.who.int/dashboards/covid19/deaths>
3. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Ginebra: OMS; 2018. Report No.: WHO/HIS/SDS/2018.15 [Internet] [citado 2026 jul 14]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.15>
4. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2025 [citado 2026 jul 14]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

5. Naciones Unidas. Salud [Internet]. Objetivos de Desarrollo Sostenible; [citado 2026 jul 15]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
6. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica [Internet]. Gobierno de México; [citado 2026 jul 15]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica>
7. Ornelas-Aguirre JM, Vidal-Gómez-Alcalá A. Crítica al modelo centinela de vigilancia epidemiológica en la COVID-19. Cirugía y Cirujanos. 2020;88(6):753-64. <https://doi.org/10.24875/CIRU.20000687>
8. Benach J, Vergara M, Muntaner C. Desigualdad en salud, la mayor epidemia del siglo XXI. Papeles. 2020;(103):29-40. Disponible en: https://www.fuhem.es/papeles_articulo/desigualdad-en-salud-la-mayor-epidemia-del-siglo-xxi
9. Vértiz-Ramírez JJ, Ramírez-Palacios P, Ríos-Cázares G, Sánchez-Domínguez MS, Ochoa-Torres MDP, De Negri-Filho AA, Saturno-Hernández PJ. Utilización de servicios de salud en México: cascada de atención primaria en 2022. Salud Publica Mex. 2024;66(4):556-70. <https://doi.org/10.21149/16199>
10. Consultorsalud. México abre una ventana histórica para consolidar la Atención Primaria de Salud [Internet]. 2025 [citado 2026 jul 15]. Disponible en: <https://consultorsalud.com.mx/mexico-consolidar-atencion-primaria-de-salud/>
11. Entre 2018 y 2024, el gasto de bolsillo en salud aumentó 41%: crisis en el sistema de salud en México [Internet]. Consultorsalud; 2025 [citado 2026 jul 15]. Disponible en: <https://consultorsalud.com.mx/gasto-bolsillo-en-salud-aumento-2018-2024/>
12. Ordoñez-González I, Basurto MA. La atención primaria a la salud durante la pandemia COVID-19 en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023;61(4):509-15. doi: 10.5281/zenodo.8200527



"La medicina debería verse como un trabajo de justicia social en un mundo tan enfermo y tan fracturado por las desigualdades."

— Paul Farmer