

* Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Gobernador Constitucional del Estado de Nayarit período 2021-2027, Senador de la República por Nayarit períodos 2000 y 2018. Presidente de la Comisión de Salud en el Senado de la República en 2018, Diputado Federal por Nayarit en 1997 y 2006. Secretario de Salud en el Estado de Nayarit en 1990, Docente en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit. **Médico Especialista en Medicina Familiar con vigencia de certificación, Maestría en Nutrición Clínica, Coordinadora de Enseñanza e Investigación, Clínica y Profesora adjunta de la Especialidad en Medicina Familiar en la CMF1 "Dr. Arturo González Guzmán", Guadalajara, Jalisco. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Profesora Colaboradora del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Campus Guadalajara, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. ***Médico Especialista en Medicina Familiar con vigencia de certificación, Maestría y Doctorado en Terapia Familiar, Maestrante en Psicooncología, Comisión Consultiva del Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar A.C., Consejo Consultivo del Colegio Jalisciense de Medicina Familiar A.C., Jefa de Sección Médica y Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar en la CMF1 "Dr. Arturo González Guzmán", Guadalajara, Jalisco, ISSSTE. Docente del Pregrado en Medicina de la Universidad de Guadalajara. ****Médico Especialista en Medicina Familiar con vigencia de certificación, Maestría en Educación Basada en Competencias, Maestría en Gestión de Calidad, Maestría en Administración de Hospitales. Vicepresidente de la Región Mesoamericana de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar. Jefe de Área Médica en Calidad Educativa del IMSS. Profesor invitado de la Residencia de Medicina Familiar en la CMF1 Dr. Arturo González Guzmán, Guadalajara, Jalisco. ISSSTE.

Recibido: 05-07-2024

Aceptado: 09-08-2024

Correspondencia:

Dra. Angélica Guadalupe Tovar Bañuelos.

Correo electrónico:

lupitatovar@gmail.com

El presente es un artículo open access bajo licencia: **CC BY-NC-ND** (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Estrategia de fortalecimiento para la Atención Primaria en Salud en unidades médicas de primer nivel

Strategy to Strengthen Primary Health Care in First Level Medical Units

Estratégia de fortalecimento dos Cuidados de Saúde Primários em unidades médicas de primeiro nível

Miguel Ángel Navarro Quintero,* Angélica Guadalupe Tovar Bañuelos,** Minerva Paulina Hernández Martínez,*** Gad Gamed Zavala Cruz.****

DOI: 10.62514/amf.v26i5.88

La atención primaria en la salud (APS) es un elemento clave en cualquier sistema sanitario, porque constituye el primer contacto con la población. Se compone por acciones y servicios enfocados a preservar la salud mediante actividades de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico, protección específica de las patologías más comunes, así como diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y en algunos casos rehabilitación de padecimientos que se presentan con mayor frecuencia, que debido a su bajo nivel de complejidad -son factibles de resolver por medio de la atención ambulatoria- la cual combina acciones y recursos de poca dificultad técnica. De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una atención de salud de acceso universal, socialmente aceptable, asequible y que requiere que las personas sean más autosuficientes con sus necesidades de atención. Su objetivo final es lograr mejores servicios de salud para todos.¹

Fue a finales de los años sesenta -principalmente durante la década de los setenta- que se hizo cada vez más evidente que los servicios de salud en los países en desarrollo no podían percibirse ni orientarse de acuerdo con los de los estados y sociedades industriales de occidente. Toda vez que la medicina occidental era unilateral y enfatizaba los aspectos curativos. La prevención de las enfermedades tenía un valor relativamente pequeño. Actualmente las investigaciones han demostrado que alrededor del 80% de todas las enfermedades en los países en desarrollo pueden prevenirse (diarrea, inflamaciones pulmonares, tuberculosis, malaria, por mencionar solo algunas). La OMS desarrolló la política de salud como respuesta a los problemas de salud en los países en desarrollo y estableció el concepto de APS, a la que se le dio un significado central.²

En 1978, en la conferencia de Alma Ata, la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) definieron a la APS como una estrategia y un conjunto de actividades para alcanzar la meta de "salud para todos en el año 2000". Las diferencias y debates sobre la terminología y aplicabilidad del concepto de atención primaria de salud, se presentaron uniforme y paradójicamente en la conferencia

de Alma Ata. No obstante, el enorme entusiasmo que despertó, en el contexto del citado acontecimiento mundial, la idea de la APS como medio o estrategia para lograr la "Salud para Todos" formaba un binomio inseparable, al poner énfasis en el advenimiento del año 2000. Así, lo que inicialmente era una fortaleza, se convirtió en una debilidad a medida que nos acercábamos y superábamos este plazo que fue tan importante para la salud de todos los países.³

Desde su creación el modelo de APS ha sido objeto de investigación, luego de haber sido implementada como el eje de los sistemas de salud de diferentes países alrededor del mundo; el interés en la formulación de políticas y programas que la tomen como base se ha incrementado de manera notable. A pesar de ello y de la existencia de evidencia que demuestra los beneficios que el modelo presenta en la salud poblacional, la mayor parte de los gobiernos del mundo carecen de confianza en el modelo, pensando incluso que este representa más que una oportunidad un reto.⁴

Este concepto de APS cuenta con la palabra "primaria", que nos podría inducir a pensar que se trata de aspectos exclusivos del primer nivel de atención o del primer contacto, cuando en realidad el enfoque de APS abarca la totalidad del sistema, en los tres niveles de atención e involucra la acción comunitaria de forma integral, con un enfoque en la persona, la familia y la comunidad. Por esta razón la APS, no debe confundirse con el primer nivel de atención o con los servicios básicos de salud.⁵

Si consideramos que la capacidad de respuesta de cualquier Sistema de Salud es la clave para mejorar la salud de las poblaciones y en particular, eliminar las desigualdades sanitarias; podremos comprender que el enfoque de APS proporciona una dirección clara para el desarrollo de los sistemas de atención a la salud como una responsabilidad del Estado, donde se comparten obligaciones y derechos del gobierno y la población.³ Sin embargo, después de varias décadas, en las que se han realizado miles de experimentos y pilotajes bajo el nombre de APS se acumularon cientos de documentos, declaraciones y evidencias hasta

obtener pruebas suficientes, tanto de su adaptabilidad como de su potencial transformador. En 1979, Walsh y Warren promovieron el concepto de APS selectivo: una estrategia para el control de enfermedades en los países en desarrollo. Cinco años después, ellos mismos informaron sobre la conferencia convocada por la Fundación Rockefeller en su centro de Bellagio, Italia, y declararon en la introducción que: *“La declaración de Alma Ata ha parecido a muchos que presenta dificultades que imposibilitan los objetivos de salud a los países más pobres [...]”*⁵

El caso de México es un claro ejemplo de esta afirmación, dado que hasta la fecha no se ha incluido realmente la APS en el sistema sanitario. A pesar de ello, han surgido propuestas de diferente naturaleza, que tienen como objetivo mejorar las condiciones mediante acciones que tomen en cuenta las premisas del modelo de APS para mejorar así la capacidad resolutoria, la eficiencia y la calidad del servicio que se presta en el sistema de salud actualmente. En este sentido, el proyecto FORTALECIMIENTO A LA APS EN UNIDADES DE PRIMER NIVEL EN NAYARIT, MÉXICO atiende la necesidad del sistema de salud de retomar los principios de la APS en su modelo de atención. Toda vez que actualmente el modelo de atención biomédico tiene un enfoque prioritario en la atención de la enfermedad y considera de forma secundaria la prevención y la promoción de la salud.

Para alcanzar la salud a través de la APS es necesario contar y reorganizar los recursos físicos, humanos y/o materiales, de tal manera que funcionen de acuerdo con su nivel de complejidad, considerando los mismos recursos que ya se tienen. El cumplimiento de sus objetivos implica el uso de servicios básicos de salud con la participación comunitaria. El enfoque que proporciona la APS es una condición esencial para cumplir con los compromisos vinculados a los objetivos y metas del desarrollo sostenible, así como para abordar las determinantes sociales, alcanzar el nivel de salud más alto posible para todas y todos y reducir las inequidades en salud.⁶

El término *Primary Health Care* tiene otra connotación considerando lo primario como lo esencial, fundamental y además prioritario, por lo que una mejor traducción contempla conceptos como: *atención fundamental de salud, atención esencial de salud, o acciones prioritarias para la atención de la salud*, considerando no solo los tres niveles de atención, sino también todas las actividades en la comunidad, donde se gesta la enfermedad y se promueve la salud.⁵

La APS se especializa en la prestación de servicios de calidad con continuidad de la atención y además, busca responsabilizar sobre la salud a todos los integrantes de la comunidad a lo largo del ciclo de vida;

considerando las determinantes sociales, pero sobre todo, las personas son vistas de manera integral y no solo como enfermedades individuales, por lo que son parte primordial de la Gestión de la Salud Poblacional.⁵ La cual constituye la base de los sistemas de salud, asegurando que todas las personas se mantengan saludables y reciban atención cuando la necesiten. Un sistema sólido de APS tiene instalaciones ubicadas en los lugares correctos de sus comunidades, donde las personas pueden acceder a los servicios de atención primaria que requieren cuando los necesitan; profesionales de atención médica capacitados, empoderados e incentivados para brindar atención primaria de calidad.⁷ Considerando lo anteriormente planteado, la definición de APS cobra vigencia desde su construcción filosófica:

*“Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.”*⁸

Existen importantes valores morales y éticos detrás de este objetivo. La “salud para todos” y la “atención primaria de salud” los cuales responden a los valores de equidad, solidaridad y justicia social. Estos valores regulan todo lo conceptual y controlan todo lo que se vuelve operativo o instrumental. El objetivo social no es alcanzar la salud para todos en un año determinado, sino más bien, orientar políticas públicas en esa dirección.⁸ En este sentido, es importante considerar algunas reflexiones, sobre la Atención Primaria a la Salud que debieran desarrollarse realmente en los diversos escenarios: rurales, comunitarios, urbanos, ambulatorios u hospitalarios:

- a) Forma orgánica, conceptual y operativamente, orientada fundamentalmente a afrontar los factores causales de los problemas de salud, con enfoque sistémico interdisciplinario.
- b) Atención sanitaria sistémica que se aplica a todo el contexto social nacional, desde las más complejas y sofisticadas -las instituciones superiores de investigación y aprendizaje- hasta las más simples, porque considera la salud como un aspecto sobre el cual existen muchos factores diversos e influyentes, que la condicionan y deciden.
- c) Proceso social explícitamente participativo a través del cual los proveedores de servicios “transfieren” la responsabilidad principal de su atención médica individual y colectiva a las propias personas.

- d) Elemento sociopolítico, en el que las decisiones están en manos de la propia gente, con el apoyo de información objetiva proporcionada por expertos y gestores de ayuda de diferentes campos.
- e) Pensamiento sistémico del desarrollo humano, ya que sus principios fundamentales no son exclusivos del campo médico, con descentralización efectiva, participación real, acción multisectorial e intersectorial, entendida en su conjunto como "política pública de Estado" y no sólo de un sector, con un profundo sentido social de equidad y justicia social y con la noción de que todo este proceso social es verdaderamente un proceso político.⁹

Por lo tanto, la forma más eficiente, equitativa y segura de prestar asistencia sanitaria, es la que se basa en una Atención Primaria en Salud fuerte, resolutive y con cobertura universal. Ninguna otra forma de organización ha demostrado mejores resultados para la salud del conjunto de la población, ni mayor eficiencia en el desempeño del sistema sanitario.¹⁰ La atención centrada en los pacientes, sus familias y su comunidad, no solo orientada a la enfermedad (integralidad), mantenida a lo largo del tiempo por el mismo profesional (longitudinalidad), prestada a un mismo paciente por diferentes profesionales en distintos niveles (continuidad), accesible para el conjunto de la población (accesibilidad) y coordinada entre los profesionales de la salud del primer nivel de atención y otros especialistas (coordinación); estos elementos definen la esencia de la APS y le confieren su inigualable valor. Todas estas características contribuyen a los mejores resultados obtenidos por los sistemas de salud basados en APS, la longitudinalidad es sin duda, uno de los que tiene mayor impacto. Desde la evidencia sobre sus beneficios, no ha hecho más que aumentar -y nuevos estudios demuestran que la atención personalizada y mantenida en el tiempo por el mismo profesional- es una cuestión de vida o muerte.¹¹⁻¹³

La longitudinalidad facilita la atención preventiva y la sospecha oportuna de los problemas de salud; evita el sobrediagnóstico, la medicalización y los eventos adversos derivados de la sobreexposición a pruebas y tratamientos innecesarios; disminuye las derivaciones a los especialistas de segundo y tercer nivel, reduce las visitas a los servicios de urgencias, los ingresos hospitalarios y la mortalidad, mejorando la esperanza y la calidad de vida, particularmente en los adultos mayores; fortalece la importancia que tiene la APS en el conjunto del sistema sanitario.¹⁴ En un estudio realizado por investigadores noruegos de la Universidad de Bergen se tomó como referencia el registro público sanitario noruego que abarca a 4.5 millones de personas, el cubrió un largo período de tiempo con más de 800,000 pacientes que habían

tenido al mismo médico familiar durante más de 15 años. Se demostró que en una atención primaria de calidad se reducen los ingresos hospitalarios y existe un menor uso de los servicios de urgencias con cuadros agudos o graves, e incluso disminuye la mortalidad entre un 25-30%.¹⁴ Resultados que muy pocas estrategias e intervenciones sanitarias han podido demostrar.¹⁵ En una investigación, se siguió a adultos mayores por hasta 17 años y se encontró mayor mortalidad entre aquellos en quienes se reportaba baja continuidad de la atención médica.¹⁶ En otras investigaciones que incluyeron a grandes grupos poblacionales desde la atención primaria; se encontró una menor mortalidad en los pacientes que recordaban haber tenido acceso a su médico de familia preferido.^{17,18}

La *continuidad* se refiere a la atención que se presta a un mismo paciente a través de diversos profesionales de la salud, en distintos niveles. La *longitudinalidad* y la *continuidad asistencial* son elementos que se complementan y potencializan entre sí, mejorando la calidad de la asistencia, optimizan el uso de los recursos, permiten la eficiencia del sistema y la satisfacción de pacientes y profesionales. La *longitudinalidad*, otra característica importante de APS se desarrolla con médicos de cabecera o de familia que permanecen en sus prácticas por lo largo tiempo. La promoción de la estabilidad entre los médicos debe ser una prioridad para las autoridades sanitarias. Incluso breves interrupciones en la continuidad implicaban aumentos en el uso de servicios de urgencias y en los ingresos hospitalarios por enfermedades sensibles a ser resueltos en la atención ambulatoria.¹⁹

En consideración y análisis de estas circunstancias, es que surge la necesidad de desarrollar un proyecto de intervención en los próximos meses, específicamente en el estado de Nayarit, que se encuentra estratégicamente situado en el occidente de México y con una población total de 1'235,456 habitantes, ocupando el lugar número 29 a nivel nacional -en términos de población- de acuerdo a los datos proporcionados por el INEGI en el año 2020. Cuenta con servicios de atención sanitaria públicos y privados, para atender las necesidades de salud de su población. También dispone de autoridades gubernamentales plenamente conscientes de la importancia de mantener sanas a las personas, familias y comunidades, con la visión de fortalecer los servicios de atención médica en su estado, a través de la APS para optimizar recursos y hacerlos más efectivos, teniendo como principales líneas estratégicas de acción a desarrollar en este proyecto, las siguientes líneas de acción. (Tabla 1)

Partiendo de la premisa de que es precisamente en esta APS que se aborda casi el 80% de las demandas de atención más comunes de las personas a lo largo de sus vidas y donde también se desarrollan actividades

como: aumentar el bienestar de las personas, disminuir la mortalidad materna e infantil, contribuir a la calidad de vida, incrementar los años de vida saludable, optimizar los recursos existentes, identificar prevenir y mejorar las enfermedades de las personas antes de que se vuelvan costosas y difíciles de tratar. Así como, proporcionar de manera justa y equitativa el acceso a los servicios de salud esenciales, ayudar a las comunidades a detectar y detener los brotes locales antes de que se conviertan en epidemias. Es que consideramos el incommensurable valor agregado de la relación médico-paciente-familia dentro de la APS, la cual se basa en la continuidad por medio de tres aspectos fundamentales: *continuidad informativa* (médicos con acceso adecuado a toda la información importante de sus pacientes), *continuidad longitudinal* (atención que trasciende los múltiples episodios de la enfermedad) *continuidad interpersonal* (relación de confianza entre el paciente y el médico).

Tabla 1. Líneas de acción del Proyecto de fortalecimiento a la APS en unidades de primer nivel en Nayarit, México.

1.	Favorecer la Atención Primaria en Salud en el estado.
2.	Fortalecer vínculos de colaboración entre Instituciones de salud.
3.	Desarrollar un sistema de salud bajo un modelo desburocratizado.
4.	Establecer sistemas inversos en el flujo del proceso de atención en primer nivel.
5.	Realizar Visitas Domiciliarias Integrales en zonas urbanas y rurales.
6.	Trabajar con Equipos Interdisciplinarios expertos en Medicina Preventiva y Salud Comunitaria.
7.	Desarrollar un modelo para eficientizar la productividad en la consulta externa de primer nivel.
8.	Realizar una revisión sistémica de la pertinencia de indicadores en salud en la actualidad para primer nivel de atención.
9.	Impulsar el desarrollo de la Atención Comunitaria.
10.	Promover la corresponsabilidad de los pacientes en el cuidado de su salud.
11.	Fortalecer a la Medicina Familiar como efectora de la APS.

De esta manera surge el interés del Gobierno del Estado de Nayarit, por el impulso y refuerzo de la calidad asistencial dentro del Sistema Nacional de Salud, para desarrollar iniciativas que favorezcan el establecimiento de servicios de salud más equitativos, accesibles, universales, inmediatos y cohesionados, que son precisamente principios fundamentales de la APS, los cuales deben estar vigentes en nuestro país, con el objetivo de lograr que la calidad en la atención, sea uno de los pilares fundamentales de la APS, fortaleciendo de esta forma: el compromiso de los profesionales de la salud con el cuidado de las personas y la protección de la vida, pero también impulsando la corresponsabilidad y empoderamiento de los pacientes, acompañados de sus respectivas familias en el mantenimiento de su salud.

Referencias

1. PHCPHI. Primary Health Care Performance Initiative; 2018. <http://improvingphc.org>
2. WHO. WHO Community engagement framework for quality, people-centred and resilient health services. World Health Organization; 2017.
3. M. Rovere, Atención Primaria de la Salud en Debate. Saúde em Debate. V. 36, n. 94, 327-342 (2012).
4. J. G. Somocurcio Vélchez, La atención primaria de la salud. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. V. 30 (2013), doi:10.17843/rp-mesp.2013.302.186.
5. D. A. Tejada de Rivero, Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 30 (2013), doi:10.17843/rp-mesp.2013.302.206.
6. Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mónica-cuevas J, Cuevas-Nasu L, Santaella-Castell JA, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública 2020. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_fi_nal.pdf
7. Cortés-Meda A, Ponciano-Rodríguez G. Impacto de los determinantes sociales de la COVID-19 en México. Boletín Covid-19 Salud Pública 2021; V. 2, n. 17.
8. Bascolo E., Houghto N., Del Riego A., & Fitzgerald J. A. Renewed framework for the essential public health functions in the Americas. Rev. Panamericana de Salud Pública, 2020; 44:e119:1-8. Doi: 10.26633/RPSP.2020.119
9. INSABI. Introducción a la Atención Primaria en Salud. Guía de Estudio. 2023;1:5-13.
10. Añel-Rodríguez Rosa M^a, Astier-Peña Pilar. Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2022 [citado 2024 Ago 21]; 15(2): 75-76. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2022000200075&lng=es. Epub 19-Sep-2022.

11. Pereira DJ, Sidaway K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*. 2018 Jun 28;8(6):e021161. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021161. PMID: 29959146; PMCID: PMC6042583.
12. Leleu H, Minvielle E. Relationship between longitudinal continuity of primary care and likelihood of death: analysis of national insurance data. *PLoS One*. 2013;8(8):e71669. doi: 10.1371/journal.pone.0071669. PMID: 23990970; PMCID: PMC3750048.
13. Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, Bankart MJ, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2020;70(698):e600-e611. Published 2020 Aug 27. doi: 10.3399/bjgp20X712289
14. Hogne Sandvik, Øystein Hetlevik, Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice*, February 2022;72(715):84-90. Published 2022 Jan 27. doi:10.3399/BJGP.2021.0340
15. Palacio J. Las ventajas de una relación estable: longitudinalidad, calidad, eficiencia y seguridad del paciente. [Internet.] *AMF*. 2019;15(8):452-9.
16. Maarsingh OR, Henry Y, van de Ven PM, Deeg DJ. Continuity of care in primary care and association with survival in older people: a 17-year prospective cohort study. *Br J Gen Pract* 2016;66(649):e531-e539. doi:10.3399/bjgp16X686101.
17. Honeyford K, Baker R, Bankart MJ, Jones D. Modelling factors in primary care quality improvement: a cross-sectional study of premature CHD mortality. *BMJOpen* 2013; 3(10): e003391. Published 2013 oct 22. doi:10.1136/bmjopen-2013-003391
18. Levene LS, Bankart J, Khunti K, Baker R. Association of primary care characteristics with variations in mortality rates in England: an observational study. *PLoS One* 2012; 7(10): e47800. doi:10.371/journal.pone.0047800
19. Skarshaug LJ, Kaspersen SL, Bjørngaard JH, Pape K. How does general practitioner discontinuity affect healthcare utilisation? An observational cohort study of 2.4 million Norwegians 2007–2017. *BMJ Open* 2021; 11(2): e042391. doi:10.1136/bmjopen-2020-042391