

# Salud en tu Vida: espacio de APS para la formación y práctica de profesionales de enfermería

---

Thamires Piovezan Borges\* • Edgar C. Jarillo Soto\*\*

---

## RESUMEN

Este trabajo enmarca la coyuntura presentada en México para hacer efectivo el Derecho a la Salud desde finales de 2018, origen para reorganizar el sistema sanitario desde la perspectiva de la Atención Primaria a la Salud (APS). El objetivo es derivar aspectos de la formación y práctica del personal de enfermería con la implementación y consolidación de un modelo de salud basado en la APS integral, a partir de la referencia del modelo de atención Salud en tu vida de la Ciudad de México y el MAS-Bienestar. Se utiliza un enfoque cualitativo, apoyado en el análisis coyuntural propuesto por Souza (2004) y el análisis de contenido de Bardin (2006), se exploran los hechos, actores, impactos y estrategias necesarias para fortalecer el sistema de salud desde una perspectiva integral y equitativa. Salud en tu Vida como modelo representa una oportunidad para reorientar el papel de la enfermería hacia un enfoque centrado en las necesidades de los usuarios, destacando su rol clave en la APS, lo cual requiere fortalecer la formación del personal de enfermería con conocimientos en Medicina Social y Salud Colectiva, además de habilidades interpersonales esenciales, con la enfermería como pilar fundamental en su transformación.

**PALABRAS CLAVE:** MAPS, modelos de salud, salud en tu vida, fuerza laboral en enfermería, medicina social, salud colectiva, coyuntura política.

## Salud en tu Vida: A Primary Health Care space for the education and professional practice of nurses

## ABSTRACT

This paper frames the critical juncture experienced in Mexico since late 2018 in the effort to make the Right to Health effective, which marked the starting point for the reorganization of the national health system from the perspective of comprehensive Primary Health Care (PHC). The objective is to identify key aspects related to the education and professional practice of nursing personnel in the implementation and consolidation of a health model grounded in comprehensive PHC, based on the reference fra-

\* Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico de contacto: [thamirespiovezan@hotmail.com](mailto:thamirespiovezan@hotmail.com)

\*\* Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico de contacto: [jsec6322@correo.xoc.uam.mx](mailto:jsec6322@correo.xoc.uam.mx)

**Fecha de recepción:** 03 de febrero de 2025.

**Fecha de aceptación:** 09 de abril de 2025.

networks of Salud en tu Vida in Mexico City and the MAS-Bienestar program. A qualitative approach is employed, drawing on Souza's (2004) situational analysis and Bardin's (2006) content analysis, to explore the events, actors, impacts, and strategies necessary to strengthen the health system from an integrated and equitable perspective. As a model, Salud en tu Vida represents an opportunity to reorient the role of nursing toward a user-centered approach, underscoring its key role in PHC. This transformation requires strengthening nursing education by incorporating knowledge of Social Medicine and Collective Health, along with the development of essential interpersonal skills, positioning nursing as a cornerstone in the transformation of the health system.

**KEYWORDS:** MAPS, health models, salud en tu vida, nursing workforce, social medicine, collective health, political conjuncture.

## Introducción

Desde mediados de la década de 1980, se observa cómo el auge del neoliberalismo influyó en los gobiernos de América Latina. Aunque con ritmos distintos y a través de mecanismos, estrategias y enfoques variados, estos adoptaron de manera aliada las directrices neoliberales, aplicando sus principios con notable disciplina y coordinación (Vélez-Rivera et al, 2023). En este contexto, Menéndez (2005) expone la estrecha relación entre el modelo médico y el sistema capitalista, y muestra cómo la salud se ha convertido en un ámbito dominado por intereses económicos y financieros. En su fase neoliberal este fenómeno se ha intensificado y aleja aún más la concepción de la salud como un derecho fundamental de las personas.

En el caso mexicano, las reformas neoliberales en el sistema de salud resultaron en la reducción de intervenciones, aumento de costos, disminución de la capacidad instalada y reducción del personal profesional necesario para su operación; además, estas reformas han profundizado las inequidades y han dejado sin resolver las contradicciones estructurales del sistema (López-Arellano & Jarillo-Soto, 2017). La pandemia del COVID-19 evidenció

limitaciones del modelo neoliberal de desarrollo, baja protección social, altos niveles de desigualdad y necesidad de cambiar los modelos de salud (Torres-Cantero et. al., 2022).

Desde la declaración de Alma-Ata en 1978, la Atención Primaria a la Salud (APS) se planteó como enfoque integral y equitativo para reordenar los sistemas de salud. Su trayectoria es múltiple con diversas interpretaciones a lo largo del tiempo, recientemente la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) la expone como:

*...una estrategia integral de organización y operación del sistema de salud como un todo [...] cuya meta principal es alcanzar el derecho universal a la salud [...] se basa en la atención integral e integrada de acciones encaminadas hacia la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y las intervenciones basadas en la población, ampliando así los límites de una concepción de los sistemas de salud limitada a la provisión de servicios de atención personal (p. 7).*

De esta forma el alcance de la APS supera los límites de enfoques considerándola únicamente como primer nivel de atención, dirigida a intervenciones poblacionales con aspectos curativos en la atención clínica, y personal de escasa calificación; por el contrario la conceptualización anterior remite a distintos ámbitos, destacando en primer término la reorganización y operación de todo el sistema de salud, las intervenciones en todo el espectro de atención, las dimensiones individual y colectiva, y, lo más importante, su inserción en un marco de derechos.

Sin embargo, con las posturas neoliberales esta propuesta se transformó en programas verticales y focalizados, lo que provocó nuevas brechas sociales y desdibujó los principios de equidad y universalidad. En contraste, el régimen progresista iniciado en México en 2018 plantea reorientar el sistema de salud hacia un modelo con reconocimiento de la salud como un derecho, con iniciativas en la Ciudad de México, como Salud en tu Vida para fortalecer la APS y recuperar la centralidad de lo público frente a lo privado. De esta manera se asume a la APS en tanto modelo integral, como lo señala Paim (2001, p. 7) “modelo no es norma, no es ejemplo, no es burocracia. Es una razón de ser, una racionalidad. Es una especie de ‘lógica’ que guía la acción”.

En este contexto, el personal de enfermería en sus distintos niveles formativos (auxiliar, técnico, licenciatura, posgrado) desempeña un papel central en la consolidación de un modelo de atención basado en la APS. Su enfoque en el cuidado integral y su capacidad para articular investigación, formación y práctica, lo convierten en un componente esencial para transformar la fragmentación y deshumanización herencia del neoliberalismo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

destacan la relevancia de la fuerza laboral de enfermería para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular el Objetivo 3, que aboga por garantizar una cobertura universal de salud (Naciones Unidas, 2023).

Este trabajo analiza la coyuntura política para el sistema de salud basado en la APS con referencia al modelo de atención salud en tu vida de la Ciudad de México y las coincidencias del MAS-Bienestar para desprender el papel, formación y práctica del personal de enfermería en la implementación y consolidación de un modelo de salud basado en la APS integral. Se utiliza un enfoque cualitativo, apoyado en el análisis coyuntural propuesto por Souza (2004) y el análisis de contenido de Bardin (2006), se exploran los hechos, actores, impactos y estrategias necesarias para fortalecer el sistema de salud desde una perspectiva integral y equitativa.

Este análisis permite comprender cómo las y los profesionales de enfermería pueden desempeñar un papel transformador en la construcción de sistemas de salud más justos y accesibles. Además, señala la importancia de su profesionalización y capacitación continua en el marco del modelo de APS con prioridad en el cuidado colectivo y la producción de salud en los territorios donde la vida ocurre.

### **El Derecho a la Salud en México: una propuesta en construcción alineada con la APS**

Los Estados nacionales contemporáneos tienen la responsabilidad ineludible de proteger, promover y garantizar los derechos fundamentales de las personas (Naciones Unidas, 1966). El derecho a la salud ha sido reconocido como un derecho humano fundamental desde 1948, por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). De acuerdo con

la Observación general N° 14 (2000): el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud no se restringe únicamente al derecho a la protección de la salud, sino que se entiende como un derecho integral que abarca tanto el acceso a servicios de salud adecuados y oportunos como los factores determinantes de la salud (CDESC, 2000).

En este sentido, es necesario distinguir entre derecho a la salud y derecho a la protección de la salud. El derecho a la salud se compone de un conjunto de derechos sociales concurrentes (alimentación, educación, trabajo digno, vivienda, seguridad social y protección de la salud), los cuales conforman los determinantes sociales dentro del contexto económico y social de las colectividades involucradas en la producción de la salud. Este concepto va más allá de garantizar el acceso a los servicios de salud, aunque lo contempla dentro de su alcance. Por otro lado, el derecho a la protección de la salud se refiere específicamente a la responsabilidad del Estado de ofrecer servicios de salud adecuados y oportunos, con un enfoque preventivo y de protección; incluye la implementación de políticas y la disponibilidad de servicios para la prevención de riesgos y enfermedades (López-Arellano et al, 2015).

La distinción entre ambos derechos es clave para entender las políticas de salud en México. Mientras el derecho a la salud proveniente de la reforma constitucional de derechos humanos de 2011 (Artículo 1° constitucional) exige que el Estado garantice condiciones equitativas y de bienestar integral, el derecho a la protección de la salud (Artículo 4° constitucional) permite la estructuración de los sistemas de salud pública y asistencia médica.

En México, la incorporación del Derecho a la Protección de la Salud (DPS) en la Constitución Polí-

tica de los Estados Unidos Mexicanos ocurrió en 1983. Sin embargo, a pesar de este avance legal, el acceso efectivo a servicios de salud y la mejora de las condiciones de salud para amplios sectores de la población han sido desafíos persistentes. Este rezago se explica, en parte, a la influencia de distintos momentos de desarrollo económico y social en las condiciones de vida y trabajo de la población, lo que ha afectado directamente los procesos de salud y enfermedad (López et al, 2011) sin que la atención médica por sí sola pueda resolver estos problemas.

Paez-Moreno (2020) identifica en su estudio a los conflictos de interés en la determinación de las prioridades en salud relacionados con la falta de interés de las autoridades en fortalecer la salud pública, lo que genera gastos desproporcionados. Un ejemplo es la alta inversión en servicios de urgencias en contraste con la limitada asignación de recursos para la medicina preventiva; por el contrario, la inversión en atención primaria ha demostrado ser más efectiva en la reducción progresiva de muertes por enfermedades crónicas y abatir costos derivados de internaciones y tratamientos complejos en unidades de atención médica hospitalaria (Macinko et al 2003; OPS, 2007; OMS, 2010).

Las principales causas de muerte en México en 2022 fueron: enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades del hígado y accidentes (INEGI, 2023). Esta panorámica breve no solo refleja cambios demográficos y epidemiológicos, sino también profundas desigualdades sociales y económicas que afectan el acceso y la calidad de los servicios de salud (López-Moreno et al, 2011); desde la perspectiva de la medicina social y la salud colectiva, estas enfermedades son consecuencia directa de las condiciones materiales de existencia y de la dis-

tribución desigual de los recursos de salud (Mendoza-Rodríguez y Jarillo-Soto, 2011).

La implementación de políticas neoliberales en la década de 1980, impulsadas por organismos internacionales como el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) modificó radicalmente el sistema de salud mexicano. Bajo el argumento de aumentar la equidad y la cobertura, estas reformas favorecieron la expansión del sector privado y profundizaron la fragmentación del sistema público de salud, lo que debilitó la capacidad estatal para garantizar un acceso equitativo y universal a servicios de calidad (Tamez y Valle, 2005; López-Arellano y Jarillo-Soto, 2017).

En respuesta a estas deficiencias, en 2003 se creó el Sistema de Protección Social en Salud, conocido como Seguro Popular, con el propósito de ampliar la cobertura de salud para la población sin seguridad social. Sin embargo, este modelo profundizó la descentralización, la fragmentación y la segmentación del sistema de salud, conjugado con la falta de infraestructura, la escasa coordinación interinstitucional, la distribución desigual de recursos y personal médico, además de deficiencias en la calidad de los servicios (Gobierno de México, 2019).

Durante la administración del Gobierno Federal en el periodo 2018-2024, se estableció como prioridad concretar el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, relativo a la universalidad de la salud basada en el Derecho a la Salud (Secretaría de Salud, 2019), una de sus expresiones fue la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) el 1° de enero de 2020, con el objetivo de garantizar el derecho a la protección de la salud mediante el acceso efectivo, universal y equitativo a servicios de salud y medicamentos gratuitos para la población sin

cobertura de seguridad social, con el enfoque de Atención Primaria de Salud (APS).

El rasgo de implementación fue el modelo de Atención Primaria de Salud Integral (APS-I) denominado Salud para el Bienestar (SABI). Este modelo se caracteriza por un enfoque transversal en el territorio y fomenta la participación comunitaria, la educación para la salud, la prevención de enfermedades, la organización de redes de atención en el primer nivel de salud y la integración de equipos médicos con insumos y medicamentos adecuados. Además, la atención se centró en enfermedades prioritarias y el monitoreo de indicadores de salud (INSABI, 2020).

La implementación del INSABI enfrentó diversos obstáculos, entre los cuales sobresalen problemas con las reglas de operación y cuestionamientos sobre la sostenibilidad de los recursos financieros (Piña-López et al, 2024), postura negativa de algunos estados ante la federalización de los servicios de salud, deficiencias en la gestión interregional (El Economista, 2020); a estas dificultades se sumaron resistencias de sindicatos del sector salud, profesionales de la salud y otros actores sociales defensoras del modelo hegemónico existente hasta antes de la entrada en vigor del INSABI. Hay que agregar la pandemia de COVID-19, la cual profundizó estos desafíos con cuestionamientos sobre la importancia del INSABI, sin embargo aun con la complejidad de la trama reglamentaria existente, desempeñó un papel clave durante la emergencia sanitaria especialmente en la adquisición de insumos médicos, medicamentos y en el fortalecimiento de la fuerza laboral en el sector salud; en contraste, un conjunto de circunstancias en la estructura de la Secretaría de Salud y la coyuntura de la pandemia, gestaron un ambiente de confrontación y crisis entre funcionarios de primer nivel (Tetelboin, 2020).

En conjunto, estos acontecimientos afectaron cumplir los objetivos de la Política Nacional de Salud (PNS) y llevó al Gobierno Federal a replantear la existencia del INSABI e impulsar la creación del IMSS-Bienestar como la institución para consolidar el derecho a la salud especialmente para la población sin acceso a la seguridad social por motivos laborales.

El IMSS-Bienestar como Organismo Público Descentralizado, no forma parte orgánica del IMSS ordinario y se estructura bajo el enfoque de Atención Primaria a la Salud con el modelo Mas-Bienestar, centrado en las personas, las familias y las comunidades a lo largo de su ciclo de vida, el modelo plantea responder a las necesidades de salud de la población mediante estrategias integrales en el espectro de la promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos; también incluye organización de intervenciones de salud colectiva alineadas con las funciones esenciales de la salud pública. Su diseño busca garantizar los principios de gratuidad, accesibilidad, oportunidad, cobertura universal, continuidad y calidad en los servicios de salud (DOF, 2022).

En línea con estas transformaciones, en 2019 la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA) adoptó el modelo de Atención Primaria de Salud “Salud en tu Vida”<sup>1</sup>, orientado a ofrecer acceso universal e integral a la salud. Este modelo considera acciones en los ámbitos individual, familiar, comunitario, laboral y social, con énfasis en la promoción de la salud y la integración de la salud en todas las políticas públicas. Su objetivo

1 El modelo *Salud en tu Vida* comenzó a desplegarse en 2019 a través de diversas acciones y quedó formalmente integrado en la nueva Ley de Salud de la Ciudad de México en 2021 (López-Arellano & Delgado-Campos, 2024).

es crear condiciones que permitan a la población ejercer su libertad y autonomía para vivir de manera saludable, mediante el empoderamiento social y la creación de entornos equitativos que garanticen el bienestar colectivo (SEDESA, 2019)

En marzo de 2024, la SEDESA relanzó el programa “Salud en tu Vida, Salud para el Bienestar”<sup>2</sup>, derivado del modelo original, con un enfoque en la prevención, detección y atención de enfermedades crónico-degenerativas, como hipertensión arterial y diabetes mellitus, así como control del sobrepeso y obesidad. El programa incorpora componentes como: comités de salud comunitarios, alimentación saludable, clubes de vida saludable, activación física, servicios médicos gratuitos y seguimiento, estrategias de comunicación y difusión; como respuesta al impacto desproporcionado de la pandemia de COVID-19 en personas con enfermedades crónico-degenerativas, situación que incrementó significativamente las hospitalizaciones y la mortalidad en la Ciudad de México (SEDESA et al., 2021).

López-Arellano & Delgado-Campos (2024:694) apuntan que el sistema de salud de la Ciudad de México pasó por varias etapas de transformación: primera, diagnóstico situacional y diseño del modelo Salud en tu Vida centrado en acciones territoriales en salud. Segunda: atención a la pandemia por Covid-19 como una tarea de Estado a partir de un comando sectorial dirigido por la Jefatura de Gobierno. Tercera: fin de la emergencia sanitaria, recuperación de servicios en todas las unidades de salud, y finalmente la cuarta etapa: transferencia de los servicios de atención médica al IMSS-BIENESTAR y fortalecimiento de la rectoría en salud.

2 El programa Salud en tu Vida, Salud para el Bienestar opera desde agosto de 2021 (López-Arellano & Delgado-Campos, 2024)

## Modelo Salud en Tu Vida alineado con APS

La importancia del modelo Salud en tu Vida para la política general del Estado mexicano, resulta del papel estratégico de la Ciudad de México (CDMX) como epicentro de la conducción del Estado mexicano como se sustenta en el concepto de *Heartland* definido por Halford Mackinder (2010) como el núcleo vital o el “corazón” del Estado, donde se concentran los principales organismos e instituciones que rigen la vida política, económica y social de un país. En este sentido, la Ciudad de México no solo es la sede de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, sino también el centro neurálgico donde se diseñan, implementan y evalúan las principales políticas públicas del país; su papel como polo central de decisiones políticas y escenario social ha sido clave para el desarrollo e implementación de diversas estrategias de gobierno a nivel nacional.

La CDMX, por su densidad poblacional, diversidad social y complejidad urbana, representa un espacio privilegiado para observar, analizar y proyectar políticas públicas que, tras ser probadas y ajustadas en este contexto, pueden ser adaptadas e implementadas en otras regiones del país. Este carácter estratégico releva el estudio de las políticas de salud desarrolladas en la capital como referencia para comprender la dinámica y eficacia de las acciones gubernamentales en todo el país.

El modelo de atención Salud en tu Vida se plantea como una acción de gobierno con el objetivo de organizar el sistema sanitario a través de un modelo de atención alternativo basado en el concepto amplio de salud adoptada por las corrientes de pensamiento crítico Medicina Social/Salud Colectiva, como es el proceso salud-enfermedad y su determinación social. El proceso salud-en-

fermedad corresponde a ¿cómo se interpreta la salud?, Jarillo, Casas y Rodríguez (2017:8), lo señalan como “una expresión con dos polos, los cuales constituyen un proceso donde las personas y los grupos sociales nos movemos continuamente”, como proceso para entender la vida humana e interpretar sus componentes para relacionarlos entre sí, e identificar lo que produce o impide cada expresión.

La determinación de la salud abarca circunstancias más amplias y estructurales, como las condiciones económicas, políticas y sociales de una sociedad, que explican el estado de salud de las poblaciones. Estas relaciones identificadas y jerarquizadas mediante diferentes dimensiones, desde el nivel macro (social) hasta el nivel micro (biológico), donde el biológico se encuentra subsumido por el social, insertas en el momento o período histórico permiten explicar la presentación empírica de un fenómeno en salud (Jarillo, Casas y Rodríguez, 2017). La Medicina Social/Salud Colectiva otorga centralidad al derecho a la salud de la población considerando al Estado como garante de este derecho.

El modelo Salud en tu Vida cumple ese objetivo para los habitantes de la Ciudad de México bajo los principios de equidad, gratuidad, interculturalidad, perspectiva de género, solidaridad y universalidad, para brindar atención integral durante las distintas etapas del curso de vida; se basa en la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, con un enfoque centrado en las personas y orientada a las poblaciones. La salud como metacapacidad humana, y la atención primaria de salud integral e integrada como organizadora de la atención, asegurando su prestación a través de redes integradas de servicios de salud (Gaceta Oficial de la Ciudad de México, 2021).

El modelo comprende programas como:

- Salud en tu Casa, dirigido a personas con dificultades de movilidad para acudir a una unidad médica y recibir atención, con brigadas de salud, integradas por profesionales de medicina, enfermería, trabajo social, psicología y odontología; recorren casa por casa las diversas colonias de las 16 alcaldías para localizar e identificar a personas en esta situación.
- Salud en tu Escuela, orientado a impartir en las escuelas de educación básica conocimientos sobre estilos de vida saludables y fomentar el autocuidado y la salud.
- Salud en tu Comunidad, enfocado en implementar acciones de salud en colonias y barrios con menor índice de desarrollo social (SEDESA, 2021; SECTEI, 2021; Gobierno de la Ciudad de México, 2021).

Además, cuenta con la siguiente infraestructura y un abanico amplio de ejes de actuación en programas, acciones e intervenciones para afrontar tanto la atención médica en el primero y segundo nivel de atención, como componentes de salud en la promoción y prevención en niveles individuales y colectivos. El modelo Salud en tu Vida podría generar la impresión errónea de situaciones similares en otras partes del país, sin embargo el despliegue amplio de sus conceptos, estrategias y acciones son particulares, consolidando a la Ciudad de México como el heartland del Estado mexicano (Mackinder, 2010)

En agosto de 2023, se firmó un convenio entre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), los Servicios de Salud del IMSS-Bienestar y la Ciudad de México con el propósito de establecer me-

canismos de colaboración en materia de personal, infraestructura, equipamiento, medicamentos y otros insumos asociados para la prestación gratuita de servicios de salud a personas sin seguridad social en la Ciudad de México (DOF, 2023), como parte del proceso de federalización orientado a consolidar un sistema de salud unificado; con ese contexto favorable se posibilita articular el modelo Salud en tu Vida con el modelo Mas-Bienestar donde los servicios de atención médica y los procesos organizativos de las instituciones se pueden reordenar en la perspectiva de la APS.

Para fortalecer el primer nivel de atención, base fundamental de la APS, el IMSS-Bienestar instauró en la Ciudad de México el Comando Alma Ata, inicialmente se implementa en 211 unidades de salud de la Ciudad de México y, posteriormente, en los 22 estados federalizados (Gobierno de México, 2024).

Esta infraestructura del primer nivel de atención con centros de salud y otros componentes del modelo sanitario, integra a la fuerza laboral en salud, especialmente a profesionales de enfermería. Los centros de salud son espacios clave para brindar atención sanitaria local, caracterizados por una baja densidad tecnológica, pero con alta complejidad en las relaciones subjetivas de micropoder.

Con el modelo de Atención Primaria de Salud Integral (APSi) los centros de salud se posicionan como organizadores de la atención, ya que sus acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de enfermedades están focalizadas en territorios definidos. Esto garantiza atención integral mediante redes de salud, convirtiéndolos en espacios estratégicos para identificar las necesidades de salud de la población, orientar procesos de trabajo y centrarse en la de-

**Cuadro 1. Servicios y Componentes del Modelo de Cuidados en la CDMX,  
Ley General de Salud de la Ciudad de México**

Primer Nivel de Atención	N	Segundo Nivel de Atención	N	Componentes del Modelo de Cuidados
Centros de Salud	200	Hospital de Especialidades	1	Sistema de Atención Médica de Emergencia Unidades Móviles de Atención Hospitalaria Prevención y Control de Enfermedades
Clínicas de Especialidad	17	Hospitales Generales	11	Sistema de Alerta en Salud Laboratorio de Salud Pública de la CDMX Atención Materno-Infantil
Unidades Móviles	21	Hospitales Pediátricos	10	Servicios de Salud Sexual y Reproductiva Prevención y Atención del Cáncer Prevención y Atención del VIH/SIDA
UNEME-CAPA (Adicciones)	30	Hospitales Materno-Infantiles	6	Interrupción Legal del Embarazo Salud Bucal, Auditiva y Mental Atención médica para personas mayores
UNEME de Enfermedades Crónicas	7	Hospital Integral Comunitario	1	Entrega gratuita de medicamentos y suministros Recursos Humanos en Servicios de Salud Investigación en Salud
1 UNEME CAPA-SITS (VIH/SIDA e ITS)	1	Hospital en Reclusorios	1	Promoción de la Salud y Nutrición Impacto del Medio Ambiente en la Salud Prevención de Accidentes y Discapacidades
Comunidades para Adolescentes en Conflicto con la Ley	5	Hospital Clínico de Especialidades Toxicológicas	1	Donaciones, Trasplantes y Transfusión de Sangre Servicios de Salud en Prisiones Prácticas de Salud Tradicionales y Medicina Integrativa
Unidades médicas legales y unidades en prisiones	8			Guías Avanzadas y Cuidados Paliativos

Fuente: elaboración propia con base Gobierno de la Ciudad de México (2021) & Gaceta Oficial de la Ciudad de México (2021).

terminación social de la salud. Así, se consolidan como espacios sociales donde se despliegan acciones en atención médica, promoción de la salud y prevención de enfermedades en lo individual y colectivo, así como ámbitos académicos donde convergen la investigación, la formación y la práctica profesional.

Por lo tanto, los centros de salud representan sitios estratégicos para la formación y práctica del personal de enfermería, al ser espacios donde operan simultáneamente la enseñanza-aprendizaje con experiencia práctica en competencias profesionales y favorecen el desarrollo de habilidades clínicas, educativas y de gestión, esenciales

para la profesión (Barros y Silva, 2010; Pereira y Pires, 2017), alineándose con el Modelo Salud en tu Vida.

### **Fuerza Laboral de Enfermería en el Marco del Modelo Salud en tu Vida**

La fuerza laboral de enfermería comprende al conjunto de profesionales capacitados que participan activamente en la prestación de servicios de salud, con funciones de atención directa, en tanto participan activamente en la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, desempeñando un papel esencial en la garantía del derecho a la salud y en la reducción de desigualdades sociales (CIE, 2024). Su labor no solo implica atención directa a los pacientes, sino también participación en la formulación de políticas públicas, gestión e implementación de estrategias de salud comunitaria. A pesar de ello, los profesionales del sector se enfrentan a retos que limitan su trabajo, impidiéndoles reconocer y aprovechar plenamente su potencial (OPS, 2018).

De acuerdo con estimaciones mundiales, dentro del personal sanitario la enfermería a nivel profesional, técnico y auxiliar tiene la mayor representación con 59% (27.9 millones) del total del personal sanitario (OMS, 2020). En México, existen alrededor de 315 mil profesionales de enfermería con una proporción de 2.9 enfermeras/os por cada 1,000 habitantes, una cifra muy baja comparada con lo sugerido por la OCDE: 9 por cada 1,000 habitantes. Además, se observa una sobreutilización y distribución desequilibrada del personal (OCDE, 2019). En la SEDESA de la Ciudad de México, el personal de enfermería asciende únicamente a 9,138 profesionales (Gobierno de la Ciudad de México, 2021), con promedio de un profesional de enfermería por cada 1,100 habitantes.

Los aspectos involucrados en el acto de cuidar no son homogéneos ni únicos. En la época prehispánica, con una concepción de la salud mágica y religiosa, hombres y mujeres podían realizar acciones hoy catalogadas como de medicina o enfermería, con excepción del trabajo de comadrona exclusivo de mujeres, y con gran importancia social. Con la conquista, la construcción social de roles entre hombre y mujer se definió por la división sexual del trabajo. En el ámbito sanitario, el hombre se relacionó con el acto de curar, mientras la mujer quedó ligada al cuidado de personas sanas o enfermas, sin ningún o muy escaso prestigio social, generando invisibilidad en sus acciones. La profesión se feminizó predominantemente, con consecuencias como el no reconocimiento de la profesión por parte de algunas instituciones, bajos salarios y la subordinación de las acciones de enfermería a la categoría de medicina, convirtiéndose en una profesión marginada, devaluada y desplazada a un segundo plano (Olguín, 2018).

La enfermería moderna surge a mediados del siglo XIX, con Florence Nightingale, a través de sus contribuciones en la práctica profesional hospitalaria y la sistematización de la educación. En 1898 se estableció la Escuela Práctica y Gratuita de Enfermería, bajo un plan de estudios creado por Rose Crowder, basado en el modelo de Nightingale (Olguín, 2018). Sin embargo, la propuesta de Nightingale tomó otros rumbos, dejando de lado la instrucción clínica junto a la cama del paciente y orientando el proceso de formación hacia un mundo tecnificado para formar enfermeras eficientes. De este modo, “la tendencia predominante en la enfermería tuvo su base en el desarrollo de actividades acordes al momento histórico de la ciencia y la tecnología, con grandes dotes de humanismo de quienes la ejercieron” (Castañeda-Godínez et al., 2010, p. 25). Según Cárdenas

(2005), la profesión de enfermería se desarrolló en México durante casi un siglo:

*... bajo un conjunto de características, tanto en la enseñanza como en el ejercicio laboral. Con respecto a la primera, ha transitado por tres modelos educativos: escuelas hospitalarias, escuelas vinculadas a facultades de Medicina y escuelas y facultades de Enfermería con estudios de grado. Con respecto a la práctica laboral, se reconocen tres etapas, fundamentalmente basadas en el tipo de atención y en la adquisición y aplicación de sus saberes: modelo empírico, empírico-práctico y teórico-práctico (p. 11).*

Una articulación necesaria de la profesión con el entorno de su práctica es la APS. Han pasado 42 años desde la Declaración de Alma Ata, cuando se identificó la fragilidad del modelo hospitalocéntrico y la necesidad de organizar el sistema de salud bajo otra perspectiva basada en la APS para responder positivamente a los cambios demográficos y a las cargas crónicas de enfermedad. Esa propuesta se ha potencializado con la pandemia de COVID-19 otorgando mayor visibilidad a la profesión de enfermería, incluso como el corazón de todo sistema de salud, tal y como se presenta en el informe de la OMS (2020), que culminó reconociendo el año 2020 como el año de la enfermería. Todos estos sucesos evidencian la necesidad de continuar la profesionalización de esta categoría a través de inversiones en educación, la ampliación del empleo y el fortalecimiento de su liderazgo, con el fin de aumentar los niveles de salud de la población con énfasis en la APS.

En este contexto, el profesional de la enfermería tiene un espacio de trabajo prometedor para ampliar su inserción, asumiendo la primera línea en relación con otros profesionales de la salud, para

desarrollar actividades asistenciales, administrativas y educativas fundamentales para la consolidación y fortalecimiento del modelo Salud en tu Vida en la Ciudad de México. Sin embargo, sin una fuerza laboral de enfermería sólida, capacitada y equitativamente distribuida, el derecho a la salud no puede garantizarse plenamente. Por ello, fortalecer esta profesión es vital para consolidar sistemas de salud justos, accesibles y de calidad para toda la población.

### **Coyuntura política mexicana en el año 2025, el derecho a la salud y personal de enfermería**

Para caracterizar esta sección se realizó un proceso cualitativo con enfoque analítico y documental, para la comprensión de las dinámicas sociales. Inicialmente se realizó una investigación documental con el propósito de recolectar, analizar e interpretar información relevante. Para ello, se consultaron bases de datos de organismos internacionales y nacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Secretaría de Salud de México, además de libros y artículos científicos especializados.

Toda la información obtenida se organizó de forma jerarquizada a través de una matriz para su sistematización y análisis. El análisis de contenido sigue la formulación de Bardin (2006) en tres etapas: pre-análisis, exploración del material y tratamiento e interpretación de los resultados. Este enfoque permitió identificar categorías clave para la estructura del estudio y sirvió de base para la aplicación del análisis coyuntural propuesto por Souza (2004).

Este análisis se aplicó tanto al modelo de atención Salud en tu Vida como a la formación de la fuerza laboral en enfermería, y permite diferenciar los

discursos e intereses declarados por distintos grupos sociales de sus motivaciones reales (CEDIB, 2006).

A partir de este proceso analítico, se caracterizan los hechos, identificar a los actores involucrados, analizar sus agendas e intereses, determinar su poder relativo, evaluar el impacto de sus acciones y proyectar los posibles escenarios que podrían facilitar o limitar la consolidación del modelo de Atención Primaria en Salud en particular el modelo Salud en tu Vida, como vía para la garantía efectiva del derecho a la salud tomando la fuerza laboral en enfermería como un aliado estratégico en ese proceso.

Se presenta inicialmente un análisis de la coyuntura política actual en México, con especial atención al nuevo modelo de salud implementado en la Ciudad de México, el cual destaca la relevancia estratégica de los centros de salud como espacios clave para la investigación, la formación y la práctica profesional de la fuerza laboral de enfermería. Esta profesión se consolida como un pilar fundamental en la implementación del modelo de atención, no solo por sus competencias técnicas y humanas, sino también por el contexto políti-

co favorable a nivel nacional e internacional. La visibilidad y el reconocimiento alcanzados por la enfermería durante la pandemia de COVID-19 refuerzan su potencial para liderar procesos de transformación en el sistema de salud.

El análisis coyuntural se centra en el periodo 2019-2024, y se refiere a los Hechos, como expresiones concretas de una propuesta gubernamental que se configura en política, programa, intervención, por ejemplo; en la gestión del gobierno de la Ciudad de México, encabezado por la entonces jefa de Gobierno Claudia Sheinbaum Pardo, se formula e implementa el modelo de atención Salud en tu Vida, con énfasis en la atención primaria. Con ese modelo se despliegan programas y acciones para transformar la forma tradicional de operar los servicios de salud. Las implicaciones en la organización, gestión y funcionamiento introducen cambios notables y significativos, con impacto directo en la población sin cobertura de seguridad social en el espacio político-administrativo de la Ciudad de México.

La identificación temporal y la delimitación del ámbito geográfico, así como la definición del hecho a ser analizado, se expresan en el modelo Sa-

## Cuadro 2. Análisis coyuntural en la Ciudad de México del Modelo Salud en tu Vida

Temporalidad	2019 - 2024	Elementos significativos
Espacio Geográfico	Ciudad de México	
Hechos (Síntesis)	Modelo Salud en tu Vida	Modelo de atención basado en el concepto ampliado de salud, a través de la estrategia de atención primaria a la salud pretende alcanzar el acceso universal, público, con el cuidado integral gratuito y de calidad, con el fin de lograr satisfacer las necesidades de la población.

Fuente: Elaboración propia (2025).

lud en tu Vida como un espacio relevante para la formación y práctica de los y las profesionales de enfermería.

La implementación del modelo puede influir en diferentes niveles de los campos social, económico y político de poder, porque desde una concepción ampliada de la salud promueve el acceso universal y gratuito, con atención integral de calidad para responder a las necesidades de la población. Al garantizar el acceso a los servicios de salud incide en la reducción de las desigualdades sociales, incentiva la participación comunitaria en la planificación y ejecución de las políticas, además de fomentar la autonomía y la educación en salud. Asimismo, reduce costos al priorizar la promoción y prevención, lo que conduce a la desmercantilización de la salud. El modelo retoma la responsabilidad del Estado en garantizar la salud desde una concepción de derechos y establece un vínculo entre la salud y la ciudadanía.

La agenda del gobierno actual de la CDMX, encabezado por la jefa de gobierno Clara Brugada desde 2024, se mantiene orientada al cambio en la organización del sistema de salud y en el contenido de sus prácticas. Es importante que la aplicación concreta del modelo amplia gradualmente sus horizontes al enunciarse como Salud en tu Vida, Salud para el Bienestar, eso representa una expresión de mayor alcance con base en su antecedente inmediato y simultáneamente prioriza la prevención, detección temprana y manejo de enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes, hipertensión y obesidad, las principales que aquejan a la población.

Se identifica alineación en la agenda para implementar el modelo, al analizar los intereses de los actores involucrados y comparar los intereses institucionales. No obstante, difiere en la concepción

de la APS a alcanzar, porque hay un campo de disputa que podría interferir en la implementación de la propuesta original.

En la categoría “Los Actores”, se seleccionaron los principales representantes y se identificaron sus intereses personales y la disposición de poder para influir en la viabilidad del hecho. Se identifican múltiples dimensiones con influencia en los ámbitos de poder político, social y económico para implementar cambios en el modelo de atención a la salud. La confluencia y alineación entre el gobierno federal y el de la Ciudad de México potencia las acciones gubernamentales y posibilita la creación de marcos jurídicos regulatorios y financieros del modelo, sin embargo, no está exento de disputas de intereses respecto a la concepción de Salud/APS y acceso universal/cobertura universal; además, si no se genera una política de estado los cambios de gobierno suelen provocar interrupciones o reorientaciones en las políticas sanitarias.

En la categoría “Impacto” se observan los postulados conceptuales, las estrategias y las acciones consignadas, como componentes de posibilidad para construir medidas con posible extensión al ámbito nacional al incorporar un concepto de salud superador de marcos interpretativos con base biomédica y articular la determinación social de la salud y el derecho como fundamentos para incidir en los servicios más allá de la atención médica. Por lo tanto, el acceso a los servicios desde una perspectiva universalista, con acceso irrestricto, calidad y oportunidad en las intervenciones, así como recursos adecuados para el diagnóstico, insumos y servicios gratuitos e integrales, funcionan como facilitadores de la atención necesaria y permiten responder efectivamente a las necesidades de la población.

### Cuadro 3. Escenarios posibles en la implementación del modelo

Consolidación del modelo en el marco de la coyuntura política y realidad nacional de México hoy

¿Qué va a suceder?	Si el modelo se implementa en su totalidad	Excelente aprovechamiento de la coyuntura política para el proceso de cambio del modelo sanitario, con vistas a mejorar el acceso de la población a los servicios sanitarios, la atención con un enfoque integral, universal y gratuito, la reducción de las barreras sociales y disminuir gasto de bolsillo. Consolidación del campo de conocimiento de la Medicina Social.
	Si el modelo se implementa parcialmente	La oportunidad del proceso de cambio de la coyuntura política es desalentadora. Se inicia un proceso de cambio, pero con grandes posibilidades de ser absorbido por el modelo existente y se reproduce socialmente el modelo hegemónico
	Si el modelo no se implementa	La situación política no se aprovecha para cambiar el modelo de atención

Fuente: Elaboración propia (2025)

Las posibilidades de aplicación presentan tres escenarios: el óptimo considera la implementación completa con sus sustentos conceptuales y las condiciones políticas en el marco más amplio; también incluye elementos propios de los servicios de salud, como el tipo de atención con integralidad y suficiencia, limitando o eliminando las barreras de acceso sociales y económicas en beneficio de la población. Esta puesta en funcionamiento, sin duda, fortalece y valida un campo de conocimiento como la medicina social para superar los ámbitos académicos e incidir en la realidad socio-sanitaria de la población.

Otro escenario es la aplicación parcial o limitada a ciertas acciones de dicho modelo, y finalmente, el escenario adverso donde el modelo no se aplica.

Las distintas aristas en las cuales los principales actores pueden influir en el resultado del anhelo por transformar el modelo de salud en beneficio

y bienestar de la población mexicana se observan en el cuadro siguiente.

Desde la perspectiva de actores institucionales y personajes de alta relevancia, se despliega un conjunto de implicaciones diversas, donde destaca la posibilidad de encontrar sustento en concepciones amplias de política, la orientación específica de ciertos programas y acciones procedentes de la gestión del gobierno anterior, así como reformulaciones o desarrollo de nuevas iniciativas. Así, para la OPS/OMS, el avance en este modelo posibilita contribuir al cumplimiento de las metas de los ODS, y avances en la cobertura universal y la recuperación de la credibilidad institucional.

Los actores del gobierno federal y de la Ciudad de México inciden en los posicionamientos sobre el derecho a la salud y en intervenciones de alcance nacional y local, donde destaca la Ciudad de México por su magnitud y relevancia como núcleo

**Cuadro 4. Conveniencia de la implementación de la APS para los actores involucrados**

Actores	Conveniencia	Elementos destacados
Organizaciones internacionales: OMS/OPS	Sí	Contribución para cumplir la meta propuesta de los ODS, dar cobertura universal, recuperar la credibilidad institucional.
Claudia Sheinbaum Pardo Presidenta de México	Sí	Visibilidad de la acción gubernamental en torno al modelo de salud genera legitimidad y garantiza la continuidad del proyecto político, sumando fuerzas con actores políticos alineados y afines al mismo movimiento, en la Ciudad de México y el país.
David Kershenobich Secretario de Salud de México	Sí	Reconocimiento político y académico-profesional para incidir en la orientación del modelo
Clara Brugada Molina Jefa de Gobierno de la Ciudad de México	Sí	El alineamiento político con el gobierno federal, sumado a que la Ciudad de México es el corazón en el contexto geopolítico del Estado mexicano, aumenta la posibilidad de éxito del modelo de atención, incrementando la legitimidad popular.
Nadine Gasman Zylbermann Secretaria de Salud de la Ciudad de México	Sí	Consolidación del modelo sanitario desde una perspectiva de derechos
Academia	Sí	Ampliar los enfoques de la formación profesional dirigida a la APS y la producción de conocimientos sobre el tema
Fuerza laboral en salud	Si	Reconocimiento profesional y participación en acciones de atención primaria a la salud
Población	Sí	Acceso universal a servicios de atención médica, mejores niveles de salud bajo otra lógica de producción de cuidados

Fuente: Elaboración propia (2025)

de acciones y centro de atención en las intervenciones en salud. Para la fuerza laboral en salud, las repercusiones son significativas a pesar de las dificultades administrativas para alinear la diversidad de situaciones laborales y las capacidades técnicas.

En general, para todos los actores tanto institucionales como personales, se identifica la conveniencia de enfocar las acciones en la APS, especialmente por los postulados contenidos y las acciones emprendidas, aun con su vigencia limi-

tada o las intervenciones acotadas, dentro del modelo de APS Salud en tu Vida.

En el análisis coyuntural político mexicano en materia de salud es muy relevante identificar los avances respecto al personal de enfermería porque la formación académica en esta área profesional y el modelo de atención basado en la APS coinciden y se influyen y refuerzan recíprocamente. Al integrar los principios de la APS en la educación de los profesionales de salud, específicamente en enfermería, esta se convierte en una fuerza motriz

para transformar los sistemas sanitarios, al promover cuidados accesibles, equitativos y centrados en la persona. Además, para contar con una APS robusta se necesita fortalecer el primer nivel de atención, como punto de contacto inicial y más cercano entre el sistema sanitario y la población, en eso los centros de salud se tornan el espacio ideal para la articulación de la formación, práctica e investigación de los profesionales de enfermería.

En cuanto a los “Hechos analizados”, se establece el periodo de 2019-2024 en el espacio de la Ciudad de México por ser el periodo y lugar donde surge el modelo Salud en tu Vida. En adición, a finales de 2018 se inició la campaña *Nursing Now* en México, por la OMS y el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), uno de sus objetivos es estimular a los gobiernos a invertir en la educación de los profesionales de enfermería con énfasis en la APS, con el fin de dar visibilidad y reconocimiento a esta categoría profesional con la pretensión de alcanzar la Cobertura Universal de Salud. Se reconoce la influencia positiva de la formación de los profesionales de enfermería, con énfasis en la APS en los diferentes niveles de los campos social, económico y político, con efectos en una profesión de enfermería más fortalecida,

visible y reconocida, con liderazgo consolidado y mayor capacidad para incidir en las políticas de salud fortaleciendo a su vez el modelo Salud en tu Vida.

El tema está presente en la agenda de gobierno de la Ciudad de México con diversas acciones específicas para fortalecer la formación y el rol del personal de enfermería en el marco de la APS, por ejemplo: el plan de estudios de la Universidad de la Salud (UNISA) diseñado para formar profesionales en el campo de la salud con conocimiento humanístico, científico y tecnológico; el Programa de Actualización, Capacitación y Educación Continua de la Ciudad de México; y la Maestría de Enfermería en Práctica Avanzada (MEPA) en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-Xochimilco), entre otros.

Hay coincidencia en las acciones planteadas por la OMS/OPS con las del gobierno de México y de la Ciudad de México, ellas marcan un precedente al impulsar la transformación de la educación de los profesionales de salud con base en la APS. Esto permite ganar visibilidad y capacidad de expansión, con alineación de la agenda de los diferentes actores para implementar la formación

### **Cuadro 5. Análisis coyuntural en la Ciudad de México de la formación de los profesionales de enfermería, hechos, Ciudad de México 2019-2024.**

Hechos relevantes	Enfermería	Elementos significativos
Modelo Salud en tu Vida	Formación en enfermería	La pandemia de COVID 19 puso en el punto de mira la necesidad de cambiar el modelo de atención sanitaria, con énfasis en la APS, y también dio visibilidad al potencial de la categoría de enfermería, restableciendo así la necesidad de una formación profesional capaz de producir cuidados, desde una perspectiva integral de salud.

Fuente: Elaboración propia (2025)

de enfermería. Sin embargo, continúa siendo un campo en disputa en la concepción del derecho a la salud.

Ante la discrepancia del diseño del sistema de salud mexicano, orientado a la oferta de servicios hospitalarios mientras la mayor demanda se concentra en el primer nivel de atención, se espera una transformación de abajo hacia arriba mejorando el primer nivel de atención para responder a las necesidades de la población. El gobierno federal junto con el gobierno de la Ciudad de México, implementa la acción denominada *Comando Alma Ata*, que permite la articulación de los centros de salud como espacios de formación, práctica e investigación para los profesionales de enfermería.

La convergencia de los actores es esencial para que fluyan las acciones destinadas a la transformación de la educación profesional en el ámbito de la salud y en el propio sistema de salud para cimentar y desarrollar el modelo de atención basa-

do en la APS. El impacto positivo de la formación de los profesionales de enfermería en una APS integral requiere sumar esfuerzos para apoyar el proyecto de APS propuesto por el gobierno, al posibilitar el acceso, la producción de cuidado y el cambio en la valoración del concepto de salud. La implementación del modelo en toda la federación mexicana recibe legitimidad popular del proyecto y de los actores políticos implicados. Con ello, destacan elementos clave sobre las acciones a realizar a nivel nacional en la formación de enfermería dentro del marco del modelo de APS.

El primer escenario muestra la inclusión de la concepción de APS integral en la formación de los profesionales de enfermería y coincide con la propuesta teórico-conceptual de la Medicina Social/Salud Colectiva fundamento del modelo Salud en tu Vida, lo cual orienta a generar profesionales autónomos, orientados a la producción del cuidado, con ampliación del campo laboral, reconocimiento profesional y mejores condiciones de trabajo. La segunda posibilidad de un es-

**Cuadro 6. Escenarios en la profesión de enfermería con el modelo de APS en el México de hoy**

	<b>Posicionamiento de la fuerza laboral en enfermería</b>	<b>Consecuencias posibles</b>
¿Qué va a suceder?	Si la formación del personal de enfermería se basa en la perspectiva de APS	Autonomía profesional, ampliación del campo laboral, reconocimiento profesional, mejores condiciones de trabajo.
	Si la formación del personal de enfermería se basa parcialmente en la perspectiva de APS	Desarrolla un proceso parcial de cambio, que va perdiendo fuerza y el apoyo de los actores para impulsar su autonomía
	No hay cambios en la formación de personal de enfermería	Sigue la misma lógica, formando con énfasis en la atención hospitalaria, una profesión infravalorada, con condiciones laborales precarias y poco acceso a la atención.

Fuente: Elaboración propia (2025)

cenario de aplicación parcial, implica formación parcial combinada con diferentes perspectivas de APS, y representa un proceso incompleto de cambio con riesgo de perder fuerza gradualmente y con ello el apoyo de los actores para impulsar el proyecto. Finalmente el tercer escenario, es adverso, donde no se generan cambios en la formación del personal de enfermería y esencialmente se mantienen las tendencias inerciales actuales, aun con algunos cambios técnicos novedosos pero sin incidencia en el modelo de APS.

Destacan distintas aristas en las cuales los principales actores pueden influir en la formación del personal de enfermería y en su posicionamiento como elemento estratégico para la implementación y consolidación del modelo.

Para todos los actores institucionales resulta positivo orientar la formación del personal de enfermería en escenarios de APS y con ese enfoque, posibilita cumplir en alto grado sus propias agendas en el campo de la salud, porque consolida el derecho a la salud, fortalece avances en la concepción de la salud enfermedad, permite desplegar intervenciones sanitarias de salud individual y colectiva, avanza en resolver demandas de atención a la enfermedad, incide con acciones sobre los determinantes sociales de la salud, entre lo más relevante; todo lo cual desarrolla y robustece las políticas, programas y acciones en salud, derivadas de ese posicionamiento.

### **A modo de reflexión final**

Para la profesión de enfermería el derecho a la salud contenido en el artículo primero constitucional, el planteamiento del MAS-Bienestar y el modelo *Salud en tu Vida, Salud para el Bienestar*, y una interpretación amplia como la de la medicina social-salud colectiva, representan condiciones

para reorientar acciones hacia las necesidades de salud de los usuarios, en lugar de centrarse únicamente en la racionalización del trabajo médico. El rol de los profesionales de la salud, en particular el de enfermería, es clave para garantizar alineación de los servicios sanitarios con la APS.

Es necesario transformar la formación de los profesionales de enfermería, ampliando su preparación más allá de las competencias clínicas e incorporando habilidades interpersonales esenciales, como se ha señalado tempranamente por Matumoto et al. (2011) quienes apuntan que el trabajo de enfermería en APS se estructura en dos dimensiones: la producción de cuidados y la gestión del proceso terapéutico, por un lado, y la gestión del servicio de salud y del equipo de enfermería, por otro. Esa posibilidad se obtiene con la implementación de Salud en tu Vida, Salud para el Bienestar y MAS-Bienestar, porque contienen oportunidades para fortalecer la formación y práctica del personal de enfermería, otorgándole un papel más protagónico en la producción del cuidado, y consolida a la enfermería como un pilar fundamental en la transformación y fortalecimiento del sistema de salud mexicano. En la APS los centros de salud son estratégicos no solo en la prestación de servicios, sino también como espacios clave para la profesionalización en distintos niveles en áreas de salud en general y de enfermería en particular. Esta doble función ocurre significativamente en un modelo de atención primaria sólido, en el marco de un sistema de salud en proceso de reorganización orientado a garantizar el derecho a la salud bajo un enfoque universal, integral y de calidad.

Con estos referentes, se proponen las siguientes líneas de acción para fortalecer la fuerza laboral de enfermería y contribuir a asegurar el ejercicio efectivo del derecho a la salud en México:

**Cuadro 7. Conveniencia de la formación del personal de enfermería con enfoque de APS para los actores institucionales y personales**

Actores	Conveniencia	Elementos significativos
Organizaciones internacionales: OMS/OPS	Sí	Cumplir con la meta propuesta de los ODS, dar cobertura universal, recuperar la credibilidad institucional
Claudia Sheinbaum Pardo Presidenta de México	Sí	La visibilidad de la acción gubernamental en torno al modelo de salud incide en la formación de profesionales de la enfermería, genera legitimidad popular y garantizan la continuidad del proyecto del partido político denominado Morena, sumando fuerzas con actores políticos afines o aliados.
David Kershenobich Secretario de Salud de México	Sí	Reconocimiento al personal profesional de enfermería, visibilización de la importancia de su formación en distintos niveles
Clara Brugada Molina Jefa de Gobierno de la Ciudad de México	Sí	Aliñamiento y especificidades de la formación para los servicios de salud de la Ciudad de México
Secretaría de Educación Pública	Sí	Cumplir objetivos institucionales para la ampliación del acceso a la formación de los profesionales de enfermería, así como el aumento de la calidad de la enseñanza
Nadine Gasman Zylbermann Secretaria de Salud de la Ciudad de México	Sí	Consolidación de la salud desde una perspectiva Médica Social
Academia	Sí	Presencia destacada de profesionales de enfermería en el campo específico y en general en el del personal de salud
Rectores y directores/as y Decanos/as de las Universidades y Escuelas y Facultades de Medicina/Enfermería	Sí	Reformulación de la magnitud y reorientación de la formación para intervenir y participar en el modelo de atención y en la toma de decisiones
Asociaciones de enfermería	Sí	Incremento de su intervención en los procesos de formación reforzando las necesidades del modelo
Personal de enfermería	Sí	Reconocimiento profesional
Población	Sí	La salud desde una perspectiva integral

Fuente: Elaboración propia (2025)

**1. Fomentar la formación y capacitación** incorporando referentes de la Medicina Social y Salud Colectiva, para construir conocimiento crítico mediante relaciones de ense-

ñanza-aprendizaje que permitan interpretar y transformar el proceso salud-enfermedad en diversos contextos.

2. **Diseñar y fortalecer un plan de trayectoria profesional** para el personal de enfermería, con funciones claras en distintas áreas de actuación, promoviendo prácticas integrales y desarrollando capacidad de respuesta ante las necesidades de la población.
3. **Garantizar relaciones laborales estables**, con salarios y condiciones laborales dignas, para evitar la rotación de personal y fortalecer el compromiso profesional.
4. **Incrementar la autonomía profesional** mediante protocolos y capacitaciones para ampliar sus competencias y roles en las intervenciones de salud individuales y colectivas así como en la atención médica.
5. **Reforzar las unidades de primer nivel** como espacios clave de formación, práctica e investigación, con apoyo técnico de la SEDESA e instituciones educativas y la presencia continua de tutores en el campo de actuación.
6. **Robustecer el primer nivel de atención** con el incremento del número de unidades, infraestructura, insumos y personal necesario para su funcionamiento, con trabajo interdisciplinario y humanizado mediante el uso de tecnologías blandas como la escucha, acogida, vinculación y responsabilidad.

7. **Sensibilizar al personal de enfermería** sobre su rol fundamental en este proceso de transformación, fortaleciendo sus prácticas profesionales bajo el modelo de APS integral.
8. **Impulsar el trabajo interdisciplinario humanizado** en los territorios, priorizando el uso de tecnologías blandas para mejorar la relación con la comunidad y la eficacia de las intervenciones de salud.

Consolidar un sistema de salud basado en la APS integral exige no solo cambios estructurales, sino también compromiso profundo de los profesionales de salud, especialmente del personal de enfermería, para avanzarse hacia un sistema de salud más justo, inclusivo y eficiente, capaz de garantizar el derecho a la salud para toda la población mexicana. La transformación del modelo de atención mejorará la cobertura y calidad de los servicios de salud, y fortalecerá el papel de la enfermería como pilar fundamental en la construcción de un sistema de salud universal, equitativo e integral.

## Referencias bibliográficas

- BARDIN, L. (2006). *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977).
- BARROS, S. y SILVA, K. L. (2010). “A integração ensino-serviço na formação em saúde: experiências e significados”. *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol 34, Núm. 4: 561-568.
- CÁRDENAS, L. (2005), *La profesionalización de en-*

- fermería en México. Un análisis desde la sociología de las profesiones*. México: Pomares/Universidad Autónoma del Estado de México/Universidad Autónoma de Tlaxcala/FEMAFEE,320.
- CASTAÑEDA-GODÍNEZ, M. C.; PÉREZ-LOREDO DÍAZ, L.; PÉREZ-CABRERA, I, y MÜGGENBURG- RODRÍGUEZ VIGIL, M. C. (2010). “Formación profesional de enfermería durante la

- primera mitad del Siglo XX en la UNAM”. *Enfermería universitaria*, vol. 7, Núm. 5: 25-33.
- CDESC [Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas]. (2000). Observación general N.º 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).
- CEDIB [CENTRO DE DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN BOLIVIA]. (2006). “Modulo 12. ¿Qué es y cómo se hace Análisis de Coyuntura?” En: *Curso de Formación Política*. Bolivia: 1–27. <https://cedib.org/wp-content/uploads/2007/11/modulo12.pdf>
- CIE [Consejo Internacional de Enfermeras]. (2024). Enfermería y atención primaria de salud: Hacia la consecución de la cobertura sanitaria universal. Un documento de debate.
- DOF [DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN] 25 de octubre de 2022: *Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR)*. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0)
- DOF [DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN] 25 de agosto de 2023: *Convenio de Coordinación que establece la forma de colaboración en materia de personal, infraestructura, equipamiento, medicamentos y demás insumos asociados para la prestación gratuita de servicios de salud, para las personas sin seguridad social en la Ciudad de México, que celebran el Instituto Mexicano del Seguro Social, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) y la Ciudad de México*. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5699844&fecha=25/08/2023#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5699844&fecha=25/08/2023#gsc.tab=0)
- El Economista. (3 de febrero de 2020). ¿Qué significa que sí firmaron, pero no se adhirieron al Insabi? El Economista. <https://www.economista.com.mx/opinion/Que-significa-que-si-firmaron-pe-ro-no-se-adhirieron-al-Insabi-20200203-0001.html>
- GACETA OFICIAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO 9 de agosto de 2021: *Ley de Salud de la Ciudad de México*.
- GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO. (2021). Tercer Informe de Gobierno. [https://informemedegobierno.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/2021/09/Tercer-Informe-de-Gobierno-2020-2021\\_compressed.pdf](https://informemedegobierno.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/2021/09/Tercer-Informe-de-Gobierno-2020-2021_compressed.pdf) (consulta 15 de septiembre de 2024).
- GOBIERNO DE MÉXICO. (2019). Instituto de Salud para el Bienestar. <https://www.gob.mx/insabi/articulos/instituto-de-salud-para-el-bienestar-230778> (consulta 12 de septiembre de 2024).
- GOBIERNO DE MÉXICO. (2024). *IMSS-BIENESTAR instala Comando Alma-Ata en Ciudad de México, para fortalecer Primer Nivel de Atención en 211 unidades*. <https://www.gob.mx/salud/prensa/183-estrategia-basada-en-atencion-primaria-de-la-salud-pilar-en-mitigacion-de-covid-19-a-nivel-comunitario> (consulta 12 de diciembre de 2024).
- INEGI [INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA]. (2023). Características de las defunciones registradas en México durante 2022. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDR/EDR2022.pdf>
- INSABI [Instituto de Salud para el Bienestar]. (2020). Modelo de Salud para el Bienestar Dirigido a las Personas Sin Seguridad Social, Basado en la Atención Primaria de Salud (2a edición). [https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/modelo\\_sabi.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/modelo_sabi.pdf)
- JARILLO, E. C.; CASAS P., D. y RODRÍGUEZ T., A. (2017). “Formación De Personal En Salud: Reflexión Desde La Salud Colectiva”, *Ciencia Desde El Occidente*, vol. 4, Núm. 1:8–19.
- LÓPEZ A, O.; RIVERA, J. A. y BLANCO, J. (2011). “Determinantes sociales y salud-enfermedad en México. Cambios, rupturas y perspectivas”. En:

- Chapela, M. y Contreras, M. (coord.) La salud en México. México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco División de Ciencias Biológicas y de la Salud, 93–123.
- LÓPEZ-ARELLANO, O., & DELGADO-CAMPOS, V. I. (2024). La transformación del sistema público de salud en la Ciudad de México. *Salud Pública De México*, 66(5, sept-oct), 689–698. <https://doi.org/10.21149/15659>
- LÓPEZ-ARELLANO, O., y JARILLO-SOTO, E. C. (2017). “Reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano”. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 33 Sup. 2.
- LÓPEZ-ARELLANO, O.; LÓPEZ-MORENO, S.; ALTAMIRANO, A. M. (2015). “El derecho a la salud en México”. En: López-Arellano, O. y López-Moreno, S. (coord) *Derecho a la Salud en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 51–82.
- LÓPEZ-MORENO, S., LÓPEZ-ARELLANO, O., y PUENTES, E. (2011). “Concepto de salud pública”. En López, S. y Puentes, E. (coord.), *Observatorio de la salud pública en México 2010*. México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco División de Ciencias Biológicas y de la Salud, 19–27.
- MACINKO, J., STARFIELD, B., & SHI, L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970–1998. *Health Services Research*, 38(3), 819–853
- MACKINDER, H. J. (2010). “El pivote geográfico de la historia. Geopolítica(s)”, *Revista De Estudios Sobre Espacio Y Poder*, vol. 1, Núm. 2: 301-319. Recuperado a partir de <https://revistas.ucm.es/index.php/GEOP/article/view/36331>
- MATUMOTO, S., FORTUNA, C. M., KAWATA, L. S., MISHIMA, S. M., & PEREIRA, M. J. B. (2011). A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(1), 1-8
- MENDOZA-RODRÍGUEZ, J. M. y JARILLO-SOTO, E. C. (2011). “Determinación y causalidad en salud colectiva: algunas consideraciones en torno a sus fundamentos epistemológicos”, *Ciência & Saúde Coletiva*, Núm. 16: 847–854.
- MENÉNDEZ, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), 9. <https://doi.org/10.18294/sc.2005.1>
- NACIONES UNIDAS. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de la ONU en su resolución 2200A (XXI) del 16 de diciembre de 1966
- NACIONES UNIDAS. (2023). Informe sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2023. Naciones Unidas. Recuperado de <https://unstats.un.org/sdgs/report/2023>
- OCDE [ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS] (2019). Panorama de la Salud 2019. <https://www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2019.pdf> (consulta 10 noviembre de 2024).
- OLGUÍN, M. (2018). “Historia de la Enfermería en México: una Práctica Infravalorada”, *Universitarios Mexicanos Potosinos*, Núm.229:18-21.
- OMS [ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE]. (2010). *Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca: Relatório Mundial da Saúde 2008*. OPAS/Ministério da Saúde.
- OMS [ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD]. (2020). Situación de la Enfermería en el Mundo, <https://www.who.int/es/publications/item/9789240003279> (consulta 10 noviembre de 2024).
- OPS [ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD]. (2007). *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud*. OPS. Washington, D.C. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31083>
- OPS [ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE]. (2018). *Ampliação do papel dos en-*

- fermeiros na atenção primária à saúde, <https://www.paho.org/pt/documentos/ampliacao-do-papel-dos-enfermeiros-na-atencao-primaria-saude> (consultado 14 março de 2025).
- OPS [ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD], (2020) Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- PAEZ-MORENO, R. (2020). Conflictos de interés en la distribución de recursos en salud. *Medicina y Ética*, 31(3), 627–676. <https://doi.org/10.36105/mye.2020v31n3.04>
- PAIM, J. S. (2001). Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. Brasília, Anisa/ISCUFBA.
- PEREIRA, M. J. B. y PIRES, D. E. P. (2017). “Contribuições da prática profissional para a formação em enfermagem.”, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Núm. 25.
- PIÑA-LÓPEZ, J. A., TAPIA-GRIJALVA, F., & RUIZ-GARCÍA, L. H. (2024). COVID-19: ¿La pandemia nos vino como anillo al dedo?. *Revista Panamericana De Comunicación*, 6(1). <https://doi.org/10.21555/rpc.v6i1.2957>
- SECRETARÍA DE SALUD. (2019). Plan Nacional de Salud 2019-2024. [https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/Plan\\_Nacional\\_Salud\\_2019\\_2024.pdf](https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/Plan_Nacional_Salud_2019_2024.pdf) (consulta 12 septiembre de 2024).
- SECTEI [SECRETARÍA DE EDUCACIÓN, CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN]. (2021). Presentan Programa “Salud en tu Vida.” Notas. <https://sectei.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/presentan-programa-salud-en-tu-vida> (consulta 10 agosto de 2024).
- SEDESA [SECRETARÍA DE SALUD, GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO] (2019). Primer informe de gobierno. <https://www.salud.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/5f8/744/ce8/5f8744ce863dd874995570.pdf> (consulta 10 octubre de 2024).
- SEDESA [Secretaría de Salud de la Ciudad de México], SECTEI, ADIP, INDEPORTE, SIBISO, RED ECOS, PILARES, PONTE PILA, & LOCATEL. (2021). Programa Salud En Tu Vida, Salud Para El Bienestar. Documento Ejecutivo. <https://www.salud.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/62d/1d9/0b9/62d1d90b9a31c828786977.pdf>
- SEDESA [SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO]. (2021). Salud en tu Casa. Servicios. <https://www.salud.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/salud-en-tu-casa> (consulta 28 de septiembre de 2024)
- SOUZA, H. J. (2004). *Como se faz análise de conjuntura social* (25ª ed.). Rio de Janeiro: Vozes.
- TAMEZ, S., y VALLE, R. (2005). “Desigualdad social y reforma neoliberal en salud”. *Revista Mexicana de Sociología*, vol.67, Núm.2: 321–356.
- TORRES-CANTERO, MA, ÁLVAREZ-LEÓN. EE; MORÁN-SÁNCHEZ I; SAN LÁZARO-CAMPILLO I; BERNAL-MORELL E; HERNÁNDEZ-PEREÑA M; MARTÍNEZ-MORATA I. (2022) “El impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la salud. Informe SESPAS 2022”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 36, Num. s1:S4-S12. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.02.008>
- TETELBOIN, C. (2020). “Propuestas, avances y pandemia en la transformación del sistema de salud en México”. *Boletín COVID-19. Salud Pública*, 1(12), 3–11.
- VÉLEZ-RIVERA, R., CARDONA-RIVAS, D., & VILLASANA-LÓPEZ, P. E. (2023). Sistemas políticos y sistemas de salud en América Latina, en el contexto de gobiernos corporativos y neoliberalismo regional. *Pacha. Revista de Estudios Contemporáneos del Sur Global*, 4(11), e230196. <https://doi.org/10.46652/pacha.v4i11.196>