

Refundación de la Atención Primaria de Salud: hacia un nuevo modelo para México

Luis Enrique Pérez Silva*

RESUMEN

El artículo analiza críticamente la Atención Primaria de Salud (APS) en México, destacando la necesidad de una transformación estructural y conceptual que supere las influencias coloniales y hegemónicas de los sistemas sanitarios en América Latina y el Caribe. Se examinan las limitaciones del modelo biomédico tradicional, orientado hacia la fragmentación y la mercantilización, y se propone una APS integral e intercultural que responda a las realidades territoriales, sociales y culturales de las comunidades. Desde la perspectiva de la política sanitaria de la Cuarta Transformación (4T), se abordan estrategias clave para la implementación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), y el fortalecimiento de la participación comunitaria.

PALABRAS CLAVE: Refundación de los Sistemas de Salud, Atención Primaria de Salud, Redes Integradas de Servicios de Salud, Participación Comunitaria.

Refounding Primary Health Care: Towards a new model for Mexico

ABSTRACT

This article critically analyzes Primary Health Care (PHC) in Mexico, highlighting the need for a structural and conceptual transformation that overcomes the colonial and hegemonic influences of health systems in Latin America and the Caribbean. The limitations of the traditional biomedical model, oriented towards fragmentation and commodification, are examined, and a comprehensive and intercultural PHC that responds to the territorial, social and cultural realities of communities is proposed. From the perspective of the health policy of the Fourth Transformation (4T), key strategies for the implementation of Integrated Health Service Networks and the strengthening of community participation are addressed.

KEYWORDS: Refoundation of Health Systems, Primary Health Care, Integrated Health Services Networks, Community Participation.

* Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Correo electrónico de contacto: enriquep.silva@gmail.com

Fecha de recepción: 15 de enero de 2025.
Fecha de aceptación: 20 de marzo de 2025.

Introducción:

La Atención Primaria de Salud (APS), desde su conceptualización en Alma-Ata (1978), ha sido promovida como una estrategia esencial para garantizar el derecho a la salud. Sin embargo, su implementación en América Latina y el Caribe ha enfrentado importantes limitaciones debido a la influencia de modelos hegemónicos del Norte Global que priorizan enfoques curativos, fragmentados y mercantilizados (Basile, 2018). En México, este panorama se agrava por la persistencia de desigualdades estructurales y el predominio de un modelo biomédico que desatiende las complejidades territoriales, culturales y sociales de las comunidades. En este contexto, resulta imperativo replantear la APS desde una perspectiva crítica que, además de recuperar su esencia transformadora, la sitúe verdaderamente como un eje articulador de un sistema de salud integral, intercultural y universal.

Este artículo propone una reflexión crítica sobre la necesidad de descolonizar los sistemas de salud en México y avanzar hacia un modelo que integre la territorialidad, la participación social auténtica y la construcción de soberanía sanitaria. Asimismo, explora cómo las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), el rescate de saberes ancestrales, la cooperación Sur-Sur en ciencia y tecnología, y la regulación del complejo médico-industrial pueden contribuir a garantizar el derecho universal a la salud. Partiendo del enfoque del pensamiento crítico latinoamericano y la medicina social, este análisis se enmarca en el contexto de la Cuarta Transformación (4T) y su intento por construir un sistema de salud pública, equitativo y sostenible, basado en los principios de justicia social y respeto.

Bases para repensar y transformar la Atención Primaria de Salud

Los sistemas de salud en América Latina y el Caribe han heredado una estructura profundamente influenciada por modelos importados del Norte Global, lo que ha contribuido a consolidar aparatos sanitarios burocráticos, biomedicalizados, curativos-asistenciales y mercantilizados. Estas configuraciones, además de ser percibidas como externas a las sociedades que pretenden atender, reproducen dinámicas de deshumanización, inequidad y exclusión, centradas en la atención de la enfermedad más que en el bienestar integral. En este marco, la Atención Primaria de Salud (APS) se encuentra desarticulada, y las intervenciones se limitan a enfoques individualistas que ignoran los determinantes estructurales y las complejidades territoriales, y culturales de la región (Basile; 2018, 2020).

Desde sus inicios, los sistemas de salud del Sur Global han sido construidos bajo el influjo de modelos eurocéntricos, como los sistemas Bismarckiano y Beveridge, los cuales, aunque inspiradores en ciertos aspectos, fueron diseñados para contextos políticos, económicos y sociales radicalmente distintos. Este marco homogeneizador ha promovido el desarrollo de bienes de mercado por encima de la equidad en salud, profundizando las desigualdades preexistentes y dificultando la producción de cuidados integrales adaptados a las realidades locales (Basile, 2023).

Las dinámicas de pobreza, desigualdad y diversidad cultural en América Latina exigen un replanteamiento de estos paradigmas. La transformación de los sistemas de salud debe pasar por desmantelar la hegemonía occidental en la teoría y la práctica sanitaria, abriendo paso a la

construcción de modelos propios que respondan a las particularidades de la región. Esto implica no solo una reingeniería institucional, sino también un cambio de paradigma que reconozca las territorialidades, las identidades culturales y las necesidades de las comunidades como ejes centrales de un sistema de salud inclusivo, equitativo y emancipador. Solo así será posible superar las limitaciones actuales y construir un modelo que priorice el bienestar colectivo por encima de las lógicas de mercado (Basile, 2024).

El actual gobierno de México intenta cambiar esta reproducción colonial de las bases de salud global y la actualización de las reformas neoliberales. El nuevo modelo propuesto actualmente intenta aproximarse a dar respuestas más integrales al derecho a la salud como responsabilidad del Estado, partiendo de que la salud no es un campo de mercantilización individual.

A pesar de algunos avances, aún existen muchos retos para poder cumplir con la arquitectura de un sistema de salud que dé respuestas universales e integrales efectivas, de calidad, interculturales hacia una materialización real del derecho a la salud de las y los mexicanos, y no sólo narrativa.

La política de salud impulsada durante el gobierno de la Cuarta Transformación (4T), se centra en una serie de ejes rectores diseñados para garantizar un sistema más equitativo, universal y funcional. En primer lugar, destaca la rectoría del Estado como principio fundamental para fortalecer lo público y garantizar que la salud sea concebida como un derecho humano y no como una mercancía. Esto ha implicado la eliminación del Seguro Popular y su sustitución por nuevas instituciones, como el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y posteriormente los Servicios de Salud

del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR).

El Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar) es la estrategia central para garantizar el acceso universal a la salud en México, especialmente para la población sin seguridad social. Enmarcado en la reforma del artículo 4.º constitucional y en modificaciones a la Ley General de Salud, este modelo prioriza la APS como eje rector, con un enfoque en la integración de servicios, la acción multisectorial sobre determinantes de la salud y el empoderamiento comunitario. Su implementación recae en el IMSS-BIENESTAR, que asume la prestación de servicios en las entidades federativas de la república que firman convenios, mientras que la Secretaría de Salud Federal, las secretarías estatales y el Servicio Nacional de Salud Pública coordinan la atención colectiva. La estrategia busca ofrecer servicios gratuitos, medicamentos e insumos esenciales en todo el sistema de salud pública, armonizando su operación con las instituciones de seguridad social para avanzar hacia la universalización de la salud en México (Borja, 2024).

Otro cambio importante en el sistema de salud de México es el reemplazo de las jurisdicciones sanitarias por los Distritos de Salud para el Bienestar, como parte del MAS-Bienestar.

Las razones para este reemplazo son diversas. En primer lugar, se pretende superar las limitaciones del modelo anterior, que priorizaba aspectos administrativos y financieros, frecuentemente desvinculados de las necesidades específicas de las comunidades. Las jurisdicciones sanitarias no favorecen la participación comunitaria ni la atención a los determinantes sociales de la salud. En segundo lugar, los nuevos Distritos de Salud es-

tán diseñados para fortalecer la Atención Primaria de Salud Integral e Integrada (APS-I Mx), permitiendo una planificación más efectiva y adaptada a las realidades locales. Además, al reorganizar las estructuras administrativas, se busca mejorar la coordinación entre los distintos niveles de atención, optimizando la eficiencia del sistema.

Los Distritos Sanitarios juegan un papel clave en la descentralización operativa del sistema, asegurando que los servicios médicos lleguen de manera efectiva y equitativa a las comunidades. Estas unidades administrativas son fundamentales para garantizar la prestación adecuada de servicios de salud, con un enfoque en la salud pública y la atención primaria, respondiendo mejor a las necesidades de cada territorio (Gobierno de México, 2019).

Otro pilar esencial es la federalización e integración de funciones en el sistema de salud, lo que busca optimizar recursos y mejorar la eficiencia operativa. Este proceso incluye el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria, la unificación de servicios y la promoción de un modelo de Atención Primaria en Salud que sea integrado e integral, capaz de abordar las necesidades de la población desde un enfoque preventivo, comunitario y participativo (Tetelboin, 2020).

El proceso de federalización de la atención médica para la población sin seguridad social, concretado a través del IMSS-BIENESTAR, está acompañado por una transformación del componente salubrista, representado por el Servicio Nacional de Salud Pública (SNSP). Ambos constituyen los pilares del MAS-Bienestar, que integra la atención clínica y la salud pública bajo los principios de la APS.

La reestructuración del sistema de salud en México avanza en dos ejes complementarios: la atención individual y la atención colectiva. En el ámbito de la salud pública, la transformación tiene dos objetivos fundamentales: fortalecer la rectoría del Estado en materia sanitaria y dotar a la Secretaría de Salud federal de un brazo operativo que le permita ejercer sus atribuciones de manera efectiva. Para ello, el SNSP se concibe como un cuerpo especializado de servidores públicos con la misión de proteger la salud de la población y fortalecer las Funciones Esenciales de la Salud Pública.

Esta transformación se materializa en tres acciones clave:

1. Reorganizar la salud colectiva en función de ejes estratégicos (gerencia, operaciones, logística e inteligencia), sustituyendo el enfoque de programas verticales.
2. Consolidar al personal de salud pública, brindándole una identidad profesional clara y fortaleciendo su capacidad operativa.
3. Redefinir la rectoría de la Secretaría de Salud, estableciendo un modelo de acompañamiento territorial continuo en todo el país.

Con estas medidas, el SNSP se posiciona como un actor clave en la modernización del sistema de salud, garantizando un enfoque integral que articula la atención médica con la salud pública en beneficio de toda la población (López-Manning & López-Ridaura, 2024).

La política también contempla la articulación de Redes de Servicios Integrales, regionalizados y organizados por niveles de complejidad, con el

objetivo de garantizar la universalización de los servicios de salud, y una atención continua. Además, se prioriza la orientación adecuada de la especialización y distribución de profesionales de la salud, mejorando sus condiciones laborales y las formas de contratación, para asegurar una prestación de servicios de calidad y con equidad. Estos ejes rectores reflejan un esfuerzo integral por reestructurar el sistema sanitario mexicano y garantizar el derecho a la salud para toda la población.

Los Comités de Integración de Servicios de Salud (COISS) y los Comités Estatales de Integración de Servicios de Salud (CEISS) son estructuras fundamentales dentro del modelo de RISS, cuyo propósito es garantizar la coordinación y continuidad de la atención médica.

Los COISS, a nivel regional o jurisdiccional, articulan la prestación de servicios entre unidades médicas de primer, segundo y tercer nivel, evitando la fragmentación del sistema. Están conformados por representantes del sector salud que aseguran una atención integrada y eficiente. Por su parte, los CEISS, a nivel estatal, supervisan y respaldan la labor de los COISS, asegurando que la integración de los servicios se implemente eficazmente. Además, funcionan como un vínculo entre las políticas nacionales de salud y su aplicación en cada entidad federativa, involucrando a instituciones como el IMSS-BIENESTAR, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y los servicios estatales de salud.

Ambos comités contribuyen a la consolidación de un sistema de salud universal e integrado, alineado con el modelo de APS-I Mx, con el objetivo de garantizar servicios accesibles y eficientes para toda la población, independientemente de su afiliación institucional (Secretaría de Salud, 2020).

La Atención Primaria de Salud Integral e Integrada en México, adoptada como eje central por el gobierno de la 4T, retoma primeramente los principios de Alma Ata, y las recomendaciones más actuales planteadas por la Alta Comisión de la OPS (2019), pero las adapta a las especificidades y desafíos de la realidad mexicana. Este enfoque coloca a la APS en el núcleo de la política sanitaria, con el propósito de construir un sistema más equitativo, accesible y orientado a las necesidades de la población (Gobierno de México, 2019).

Las diez recomendaciones de la Alta Comisión de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sirven como guía para esta transformación, las cuales son: asegurar el derecho a la salud como principio fundamental; desarrollar modelos de atención centrados en la APS que garanticen cuidado integral, continuo y preventivo; y establecer mecanismos efectivos de participación social para empoderar a las comunidades en la toma de decisiones. Asimismo, se propone regular y fiscalizar el sector privado para evitar prácticas que perpetúen inequidades, al tiempo que se eliminan las barreras de acceso, tanto económicas como geográficas, que dificultan el ejercicio pleno del derecho a la salud (OPS, 2019).

Otro eje clave es la intervención sobre los determinantes sociales de la salud mediante políticas intersectoriales que aborden las raíces de las desigualdades. En este sentido, la salud pública se reposiciona como el eje orientador de la respuesta estatal, adoptando un enfoque que prioriza la prevención y la promoción de la salud. La política también subraya la importancia de los recursos humanos como protagonistas de la APS, con énfasis en su formación, distribución equitativa y condiciones laborales dignas (OPS, 2019).

Además, se fomenta la utilización racional de los recursos tecnológicos, promoviendo la innovación para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios, al mismo tiempo que se asegura un financiamiento eficiente y sostenible que permita la implementación de estas estrategias. En conjunto, la APS-I Mx no solo adapta las recomendaciones de la OPS, sino que las contextualiza y las convierte en el fundamento de una política transformadora que busca garantizar el bienestar de todas las personas en el país.

La APS-I Mx promueve reforzar el primer nivel de atención, priorizando la APS como la base del sistema, con servicios cercanos, accesibles y de calidad para la población. Asimismo, promueve la consolidación de programas prioritarios que aseguran servicios integrales enfocados en las necesidades específicas de salud de las comunidades. Otro de sus pilares fundamentales es el desarrollo de RISS, que garantizan la coordinación efectiva entre diferentes niveles de atención, optimizando los recursos y asegurando la continuidad en la prestación de los servicios (Gobierno de México, 2019).

El modelo también enfatiza la importancia de la participación comunitaria, fortaleciendo el empoderamiento de las comunidades para que estas jueguen un rol activo en la gestión de su salud y fomenten la corresponsabilidad. Además, se considera esencial la preparación de los recursos humanos en APS, asegurando que los profesionales de la salud cuenten con la formación necesaria para implementar estrategias integrales y comunitarias (Gobierno de México, 2022).

Retos y Perspectivas en México

Los desafíos para el sistema público de salud en México son amplios y complejos, pero tam-

bién representan una oportunidad para transformar profundamente la manera en que se entiende y se gestiona la salud. En primer lugar, uno de los retos principales es implementar el modelo MAS-BIENESTAR, basado en la APS, y consolidar el Servicio Nacional de Salud Pública. Esto implica ampliar la capacidad resolutoria de las unidades de primer contacto, fortalecer la atención hospitalaria y lograr la articulación efectiva de una red de servicios integrales que garantice acceso, calidad y continuidad en la atención.

Desde una perspectiva teórica, es fundamental replantear la manera de pensar la salud, superando la visión tradicional de la “enfermología pública”. Esto requiere formar y capacitar al personal de salud no solo como técnicos, sino como mediadores estratégicos e interlocutores dialógicos que sean capaces de construir puentes entre las comunidades y las instituciones. Además, se hace necesario analizar el proceso de transformación del sistema de salud desde una perspectiva crítica, comprendiendo los cambios en torno al derecho a la salud y a los determinantes sociales de la salud. En este sentido, se debe articular las funciones de la salud pública dentro de un marco más amplio que permita enfocarse en la producción social de la salud y no únicamente en el tratamiento de enfermedades (López- Arellano, 2024).

Metodológicamente, el desafío radica en desplegar las estrategias y herramientas planteadas por el MAS-BIENESTAR, asegurando su coherencia con las necesidades locales y su sostenibilidad en el tiempo. Esto implica adoptar enfoques territoriales que permitan llevar el quehacer médico-sanitario a contextos específicos y concretos, incidiendo en las poblaciones y espacios que enfrentan mayores inequidades (López-Arellano, 2024).

En el ámbito práctico, es crucial reducir las inequidades sanitarias, mejorar los resultados en salud y garantizar que los servicios lleguen a quienes más los necesitan. Esto requiere acciones integradas que consideren tanto la dimensión técnica como la dimensión social del cuidado de la salud.

El papel de la población es clave en este proceso de transformación. Se necesita fomentar su participación activa en acciones colectivas que busquen la producción de salud y construir ciudadanía a través de la toma de decisiones informada y compartida. Solo con un enfoque participativo y con una visión integral será posible superar los desafíos actuales y avanzar hacia un sistema de salud más justo, equitativo e inclusivo (López-Arellano, 2024).

Otros desafíos importantes para el sistema de salud público en México incluyen aspectos estructurales y culturales que perpetúan las inequidades. Uno de los problemas centrales es la persistencia de una agenda conservadora y patriarcal que limita la implementación de políticas públicas con enfoque de género. El acceso a los servicios de salud carece de una perspectiva feminista, lo que perpetúa la morbilidad indiferenciada, es decir, la incapacidad del sistema para abordar las necesidades específicas de salud de las mujeres y otros grupos discriminados. Esto se traduce en sesgos significativos en las estrategias de prevención y promoción de la salud, así como en la falta de formación del personal sanitario en temas relacionados con género y equidad. Como resultado, las inequidades en la atención de salud trasladan a las mujeres la carga de responsabilidades que deberían recaer en el Estado, reforzando roles de cuidado que profundizan la desigualdad (López-Arellano, 2024).

Otro desafío pendiente es la verdadera integración de la interculturalidad en el sistema de salud. Aunque se reconoce su importancia, las políticas y prácticas actuales no reflejan una comprensión adecuada ni una respuesta efectiva a las necesidades culturales y cosmovisiones de los pueblos indígenas y comunidades diversas. Esto genera barreras adicionales al acceso y calidad de los servicios, perpetuando la exclusión y la desigualdad.

Por último, la legislación vigente, de carácter predominantemente neoliberal, sigue priorizando la lógica de mercado en lugar de un enfoque de derechos. Esto limita la capacidad del Estado para garantizar una cobertura universal, equitativa y sostenible, y refuerza las dinámicas de segmentación y privatización que afectan negativamente a la población más vulnerable.

Enfrentar estos desafíos requiere no solo reformas estructurales y legislativas, sino también un cambio de paradigma que coloque la equidad, el género y la interculturalidad como ejes centrales de la política de salud. Esto implica reconocer y abordar las desigualdades históricas, replantear las prioridades del sistema y empoderar a las comunidades para que sean protagonistas en la construcción de soluciones integrales y sostenibles.

Replantando la Atención Primaria en Salud

El análisis crítico de la Atención Primaria en Salud (APS) revela sus limitaciones como modelo universalista impuesto al Sur Global. Desde sus inicios, promovida por organismos internacionales, la APS se presentó como una solución idealizada para transformar los sistemas de salud. Sin embargo, su desarrollo histórico muestra cómo fue instrumentalizada bajo narrativas geopolíti-

cas que priorizaron intervenciones selectivas y de bajo costo, desvirtuando su esencia por alcanzar el derecho a la salud (Feo & Basile, 2024).

Durante las décadas de los años 60 y 70, en pleno contexto de la Guerra Fría y una crisis de hegemonía capitalista, la APS surgió como una estrategia global, influenciada por propuestas postcoloniales como las de John Bryant y Carl Taylor. Estas ideas buscaban modelos preventivos y comunitarios en oposición a sistemas hospitalarios tecnificados. No obstante, la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978), que definió la APS como estrategia integral, fue rápidamente reinterpretada en Bellagio en 1979, hacia una versión “selectiva”, enfocada en servicios mínimos para poblaciones empobrecidas (Feo & Basile, 2024).

En las siguientes décadas, la APS se asimiló a reformas neoliberales, promoviendo sistemas centrados en coberturas financieras y relegando la salud integral. Incluso iniciativas como la APS renovada (OPS, 2003) y la declaración de Astana (OMS, 2018), que alinearon la APS con la Cobertura Universal de Salud, profundizaron su vínculo con los mercados financieros, alejándose de su potencial transformador.

El mito de la Atención Primaria de Salud en el Sur Global

La APS se consolidó como uno de los ejes del discurso sanitario en el Sur Global, sin embargo, su implementación ha estado marcada por distorsiones y malentendidos que han limitado su alcance transformador. Una de las principales confusiones radica en la inadecuada comprensión del concepto, que a menudo se asocia exclusivamente con el primer nivel de atención, reduciendo su alcance integral y estratégico. En este contexto,

se priorizó la estrategia APS por encima de la política más amplia de Sistemas Públicos de Salud dejando de lado su potencial como herramienta estructural para el fortalecimiento del derecho a la salud (Feo & Basile, 2024).

El gran capital se apropió de la APS, desvirtuándola hacia una “APS selectiva”, limitada a intervenciones mínimas y orientada a resolver problemas inmediatos de bajo costo, lo que algunos críticos denominan una “atención primitiva”. Este modelo sigue centrado en la enfermedad, sin abordar de manera integral las determinantes sociales y culturales de la salud. A la par, la formación de los trabajadores de la salud permaneció hegemonizada por el modelo biomédico, priorizando enfoques curativos por encima de la promoción de la salud y la prevención (Tejada, 2003).

Con el tiempo, la APS se convirtió en un “mito”, es decir, en un concepto recurrente en el discurso oficial, pero interpretado de manera fragmentada y a conveniencia de cada contexto. Su implementación ha carecido de una visión unificada y crítica, limitándose a reproducciones adaptadas y aisladas, que han impedido el avance hacia un modelo verdaderamente integral y equitativo.

En este panorama, la APS ha quedado atrapada entre ser un símbolo discursivo y una práctica transformadora no realizada, dejando como reto fundamental recuperar su esencia original y su papel como política de salud integral al servicio de los pueblos del Sur Global.

¿Vale la pena insistir en el uso del concepto APS?

Insistir en el término APS implica un reto, dado el desgaste conceptual y las múltiples interpreta-

ciones que ha generado. Sin embargo, abandonar su uso podría significar renunciar a un ideal que busca garantizar sistemas de salud equitativos, integrales y orientados al bienestar colectivo. La clave no radica en desechar el concepto, sino en resignificarlo, devolviéndole su esencia transformadora y desvinculándolo de visiones reduccionistas que lo asocian exclusivamente a la atención básica para pobres o a estrategias medicalizadas. Reformular su aplicación y reforzar su enfoque político es fundamental para revitalizar su impacto como eje de cambio en los sistemas de salud (Feo, 2016).

Frente a estas limitaciones, el cuidado integral de la salud y la vida emerge como una propuesta radical. Este enfoque supera la fragmentación asistencialista de la APS, priorizando el cuidado sobre la atención y rescatando saberes ancestrales enraizados en el concepto de Buen Vivir. Lejos de ser un lema superficial, el Buen Vivir exige un cambio epistemológico que integre las cosmovisiones del Sur global, promoviendo diálogos interculturales profundos y metodologías decoloniales para dismantelar las asimetrías coloniales y epistémicas (Feo, 2016).

El cuidado integral se fundamenta en tres pilares: integralidad, complejidad y transdisciplinariedad. La integralidad busca respuestas interdependientes que abarcan tanto dimensiones subjetivas como colectivas. La complejidad reconoce la multidimensionalidad de los problemas de salud, mientras que la transdisciplinariedad integra disciplinas y saberes comunitarios para generar soluciones (Feo & Basile, 2024).

Este enfoque exige reorganizar los sistemas de salud hacia redes territoriales, dejando atrás estructuras basadas en niveles de atención. Los

territorios, entendidos como espacios sociales y culturales dinámicos, se convierten en el eje central para diseñar políticas y prácticas sanitarias adaptadas. La territorialización del cuidado implica el uso de tecnologías blandas que privilegien el encuentro y la co-construcción con las comunidades, superando los modelos verticales y centralizados (Feo & Basile, 2024).

El cuidado integral de la salud y la vida no es solo un replanteamiento conceptual, sino una apuesta política y práctica que sitúa a las personas, comunidades y territorios como protagonistas. Este enfoque, basado en la justicia social, la soberanía sanitaria y el respeto por la vida en armonía con la naturaleza, representa una alternativa al modelo biomédico hegemónico, abriendo caminos hacia sistemas de salud más equitativos y humanos.

La noción de cuidado integral de la salud trasciende la idea de “atención primaria”, pues no se trata únicamente de un cambio terminológico, sino de un giro profundo hacia un nuevo marco categorial. Mientras que la “atención” implica una relación vertical y asimétrica, donde quien sabe y ofrece domina a quien no sabe y recibe, el “cuidado” propone una relación horizontal y simétrica. En esta nueva lógica, todos los actores son conscientes de su saber y asumen responsabilidades compartidas, reconociendo los deberes mutuos en la producción de salud y bienestar (Feo & Basile, 2024).

Este cambio no se limita al lenguaje; exige romper con la colonialidad que ha permeado los sistemas de salud y avanzar hacia estrategias arraigadas en el Sur global, donde el concepto del *Vivir Bien* adquiere centralidad. La transformación debe partir de una dialéctica que permita suprimir lo obsoleto, conservar lo útil y superar las limitacio-

nes del modelo hegemónico. Solo de esta manera se podrá construir un horizonte verdaderamente emancipador, que refleje las aspiraciones y necesidades colectivas de nuestras comunidades (Feo & Basile, 2024).

Universalización de la salud a través de redes de sistemas y nuevas arquitecturas organizacionales territoriales

La fragmentación es uno de los problemas crónicos que enfrentan los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. Este fenómeno, resultado de desigualdades estructurales, financiación insuficiente, organización piramidal de las instituciones y prácticas médico-céntricas, limita la capacidad de los sistemas para responder a las necesidades de las poblaciones. Aunque la organización regionalizada de los servicios de salud, basada en los principios de universalidad y territorialización, ha logrado mejorar el acceso en ciertos contextos, sigue enfrentando desafíos significativos. Entre ellos, la jerarquización de los modelos de atención que, muchas veces, no considera las especificidades culturales, sociales y territoriales de las comunidades (Hernández & Mendes, 2023).

En este contexto, las RISS constituye una de las principales expresiones operativas del enfoque de Atención Primaria de Salud a nivel de los servicios sanitarios, son fundamentales en los modelos de APS porque garantizan la coordinación y continuidad de la atención a lo largo de los diferentes niveles del sistema sanitario. Al integrar servicios, recursos y profesionales en una red funcional, las RISS permiten una atención más accesible, eficiente y centrada en las necesidades de la comunidad. Además, promueven una gestión más eficaz de los recursos, reducen las brechas de

atención entre áreas urbanas y rurales, y favorecen un enfoque preventivo y de promoción de la salud, esenciales para lograr un sistema de salud equitativo y sostenible (OPS; 2009, 2010).

No obstante, un error frecuente ha sido considerar estas redes como un objetivo final, en lugar de un proceso dinámico y transformador. A menudo, las RISS han replicado las definiciones y lógicas de los sistemas privados de atención, las redes han sido utilizadas como herramientas para reducir costos mediante enfoques gerenciales, como el modelo de gestión de la atención. Este enfoque, popularizado en Estados Unidos bajo la forma de Sistemas Integrados de Prestación de Servicios (Integrated Delivery Systems), generó combinaciones estructurales de proveedores que buscaban coordinar la atención y rendir cuentas sobre resultados clínicos y económicos, sin adaptarse plenamente a las realidades territoriales y culturales de la región. Incluso cuando se han promovido enfoques más flexibles, que enfatizan el intercambio y la interdependencia, las evaluaciones han mantenido un enfoque funcionalista que no logra capturar la complejidad del proceso salud-enfermedad-cuidado. Esto ha perpetuado inequidades sanitarias, de género y etnia, consolidando redes jerárquicas y verticales que perpetúan la exclusión y la injusticia (Hernández & Mendes, 2023).

El diseño y la implementación de las RISS en América Latina y el Caribe han enfrentado diversas críticas y limitaciones. En primer lugar, el modelo mantiene la posibilidad de la separación de funciones, un principio que sustenta el pluralismo estructurado y la intermediación en salud, dejando espacio para la gestión sanitaria delegada al libre mercado. Este enfoque perpetúa la fragmentación y la segmentación en el acceso a los servicios, así como las desigualdades estructura-

les que caracterizan los sistemas de salud en la región.

Históricamente, las instituciones de salud han sido moldeadas por modelos administrativos jerárquicos inspirados en las escuelas de administración, fusionando elementos del pensamiento militar prusiano y el enfoque burocrático, tal como lo postularon autores como Fayol y Taylor. En particular, el taylorismo, surgido a principios del siglo XX, se centraba en la productividad, la estandarización de procesos y el control jerárquico. Estos principios se convirtieron en la base de la lógica burocrática sanitaria, dando lugar a sistemas donde el hospital es el eje central y la eficiencia productiva se privilegia sobre la calidad humana y el diálogo. El enfoque taylorista promovió una organización rígida centrada en la productividad, deshumanizando la atención y alienando a los trabajadores (De Sousa-Campos, 1997).

A su vez, el fordismo replicó la lógica de producción en serie, transformando los hospitales en mecanismos lineales y centralizados, con estrictas regulaciones clínicas que profundizaron la desconexión entre servicios. Esta fragmentación, acompañada de una centralización excesiva de normas y programas, perpetuó inequidades y debilitó la capacidad de los sistemas de salud para adaptarse a las realidades sociales y territoriales. En consecuencia, los servicios de salud siguen atrapados en dinámicas tayloristas y fordistas, donde prevalecen la verticalidad, la eficiencia y el control, mientras se margina la participación activa de la comunidad y la coordinación efectiva entre sectores (Fayol, 1969).

El enfoque de las RISS en México, si bien busca articular y coordinar unidades de atención para ofrecer servicios resolutivos, accesibles y efecti-

vos según las necesidades de la población, no está exento de desafíos estructurales. La planificación y gestión de estos servicios, idealmente centradas en el territorio, requieren asegurar el acceso, la continuidad y la calidad en toda la red. Sin embargo, en su implementación, las RISS han tendido a replicar los vicios de los sistemas fragmentados, perpetuando estructuras verticales y jerárquicas que limitan la incorporación de actores locales y recursos comunitarios en la red.

Como señalan autores como Bang y Stolkiner, esta dinámica genera redes donde los actores sociales se ven reducidos a una “adscripción nominada por otros y vaciada de contenido”. En lugar de promover una participación social genuina, las redes terminan funcionando como estructuras burocráticas inertes, desconectadas de las realidades territoriales y de las necesidades específicas de las comunidades (Bang & Stolkiner, 2013).

Para superar estas limitaciones, es esencial reconceptualizar las RISS desde un enfoque verdaderamente centrado en la APS, que priorice la participación activa de la población y fomente la integración de otros sectores y recursos territoriales. Solo así será posible articular redes de servicios de salud capaces de garantizar una atención equitativa, integral y de calidad, ajustada a las demandas y diversidades de los contextos locales.

Limitaciones del modelo de gestión basado en Redes Integradas de Servicios de Salud

El modelo de gestión basado en RISS, aunque propuesto como una solución para superar la fragmentación de los sistemas de salud en América Latina, enfrenta importantes limitaciones que comprometen su efectividad.

Las RISS, en lugar de resolver la fragmentación histórica de los servicios de salud, tienden a reproducir las mismas dinámicas que han caracterizado a los sistemas previos. La desconexión entre los distintos niveles de atención, la falta de continuidad en los servicios y la segmentación en el acceso persisten, lo que perpetúa las desigualdades estructurales en el sistema. Además, a pesar de la intención de fomentar la participación social, las RISS no logran incorporar de manera adecuada los recursos y actores del territorio. Las potencialidades locales y las dinámicas comunitarias quedan invisibilizadas, limitando la capacidad de las redes para adaptarse a las realidades específicas de cada región y responder de manera efectiva a las necesidades de las comunidades (Hernández & Mendes, 2023).

En este contexto, las RISS tienden a organizarse como estructuras jerárquicas, donde se configuran nuevas jerarquías de mando que replican los mismos vicios autoritarios de los modelos anteriores. Estas estructuras, regidas por lineamientos centralizados y decretos, perpetúan relaciones de poder desiguales en la gestión de la salud, sin fomentar una participación activa y genuina de la población y otros sectores. Este modelo de gestión corre el riesgo de convertirse en una red vacía de contenido, una estructura burocrática desvinculada de las necesidades reales de las comunidades. Como señalan Bang y Stolkiner, los actores sociales terminan integrándose a una red “por una adscripción nominada por otros y vaciada de contenido”, lo que reduce su participación a un formalismo sin impacto real en la toma de decisiones o en la construcción de soluciones integrales (Bang & Stolkiner, 2013). Así, las RISS, lejos de ser un instrumento transformador, pueden terminar reproduciendo las dinámicas de exclusión y fragmentación que intentan superar.

Estas limitaciones evidencian la necesidad de rediseñar las RISS desde un enfoque que priorice la integración real de los territorios, fomente la participación activa de la población y promueva la descentralización de las decisiones. Sin estas transformaciones, el modelo corre el riesgo de replicar los mismos problemas que busca resolver, manteniendo la fragmentación y la inequidad en los sistemas de salud.

Nueva epistemología y modelos de salud: hacia la construcción de Redes Integradas de Servicios de Salud

Superar este legado burocrático requiere replantear los marcos conceptuales y metodológicos que organizan la atención sanitaria. La transformación debe priorizar la integralidad, la justicia social y la equidad, adoptando un enfoque interdisciplinario y centrado en las personas. Esto implica desarrollar metodologías innovadoras que integren el territorio y la territorialidad desde una perspectiva crítica, rechazando estructuras jerárquicas que perpetúan la exclusión.

Los sistemas de salud basados en redes representan una oportunidad para construir una organización más inclusiva, enfocada en la salud como un bien colectivo y un derecho universal. Solo a través de una arquitectura organizacional que responda a las dinámicas sociales y territoriales de cada comunidad será posible garantizar una atención integral, equitativa y accesible para todos.

La construcción de redes de salud para el siglo XXI debe ir más allá de corregir los errores de los modelos existentes; requiere un enfoque decolonial y un cambio paradigmático en la generación del conocimiento. Es fundamental impulsar un saber crítico que no solo cuestione las falacias

de los modelos hegemónicos de redes, sino que también promueva la creación de propuestas alternativas. Estas propuestas deben basarse en la refundación de los sistemas de salud, orientadas a la calidad de vida saludable y al “vivir bien” en los países del Sur, incluyendo México (Hernández & Mendes, 2023).

Una nueva epistemología comparada debe ser el fundamento para reimaginar los sistemas de salud, ofreciendo una nueva territorialidad y cartografía social que permita reconstruir los sistemas sanitarios para enfrentar los desafíos del siglo XXI.

Territorialidad y cartografía social

La refundación de los sistemas sanitarios no implica su eliminación, sino un proceso de reingeniería institucional que permita la creación de estructuras organizativas capaces de responder a las realidades sociales contemporáneas. Este proceso debe centrarse en la universalidad y diversidad de los bienes públicos, la integralidad de los servicios y la interdependencia entre ellos, reconociendo que las sociedades son diversas y sus necesidades varían según los contextos sociales y culturales (Hernández, 2022).

Un sistema sanitario basado en estos principios debe integrar la participación social y la intersectorialidad, utilizando una nueva geografía social que se distinga de las concepciones tradicionales de territorio y territorialidad. Es fundamental considerar el territorio no solo como un espacio físico, sino también como un espacio social, configurado por dinámicas de poder, historia y relaciones de opresión. En este sentido, el concepto de territorialidad debe entenderse como un proceso continuo de desterritorialización y reterritorialización, que promueva la equidad, la emanci-

pación y la construcción de relaciones más justas (Basile; 2018, 2024).

Por lo tanto, es esencial cartografiar las dinámicas sociales a través de una nueva geografía social que no solo describa los riesgos y recursos, sino que también analice las dinámicas locales y la diversidad presente en las territorialidades. Este enfoque permite desarrollar un modelo sanitario más dinámico, inclusivo y adaptado a las realidades complejas y cambiantes de las comunidades.

Los sistemas de redes representan una nueva arquitectura organizacional capaz de redefinir los sistemas de salud y transformar los espacios de ciudadanía a nivel local y regional. Estos sistemas se destacan por su capacidad para visibilizar y abordar problemáticas decoloniales y feministas, permitiendo liberar a los sujetos de las capturas institucionales que históricamente han sido replicadas en la organización de los sistemas de salud (Hernández & Mendes, 2023).

El modelo de sistemas de redes tiene como objetivo fortalecer lo público desde los territorios, adoptando un enfoque centrado en las realidades materiales de los pacientes y considerando sus necesidades dentro de una visión integral de salud. Para lograr esto, es fundamental incorporar conocimientos de diversas disciplinas, promoviendo una mirada transdisciplinaria que facilite la participación activa y significativa de la ciudadanía, sin desestimar el valor del tejido social y las redes comunitarias preexistentes.

Superación de la fragmentación en los sistemas de salud

Es fundamental superar la fragmentación entre los aspectos biológicos, subjetivos y sociales de la salud, trabajando sobre la base de cuidados in-

tegrales. Este enfoque no solo busca mejorar la atención individual, sino también fortalecer el papel activo del paciente, reconociendo que su salud está estrechamente vinculada a la de los demás. De esta manera, se promueve una visión amplia y conectada de la salud, que permite que los sistemas sean más inclusivos y estén comprometidos con la justicia social y la solidaridad comunitaria. Los sistemas de redes deben caracterizarse por varios atributos clave para garantizar su eficacia y equidad. Primero, deben reconocer y valorar la diversidad cultural y social, lo que implica un pleno respeto por las diferencias y un enfoque que promueva la pluralidad e interculturalidad, dando espacio a diversas voces y perspectivas. Además, es esencial integrar a todos los actores sociales y colectivos en el proceso de salud, asegurando una participación activa y significativa de las comunidades. Esto solo puede lograrse a través de la interdisciplinaria, fomentando enfoques colaborativos entre distintas disciplinas para abordar los problemas de salud desde diversas ópticas. Los sistemas de redes deben ser flexibles, adaptándose constantemente a las necesidades cambiantes de las comunidades, y deben funcionar bajo un principio de democracia y acción deliberativa, donde la participación y toma de decisiones colectiva sea central. La solidaridad y cooperación deben ser pilares fundamentales, impulsando el trabajo conjunto en beneficio de la salud pública. Además, debe asegurarse una participación transparente, con una gestión clara y abierta en todos los procesos. La creatividad e innovación son también cruciales, buscando siempre soluciones novedosas y efectivas a los desafíos de salud que surgen. Finalmente, es necesario fomentar una cultura de comunicación abierta y efectiva entre todos los actores involucrados, lo que permitirá un flujo constante de información y colaboración. Es crucial que estos sistemas no se rijan por un marco normativo rígido que reproduzca estruc-

turas burocráticas tradicionales. La flexibilidad y la capacidad de adaptación son esenciales para mantener las cualidades dinámicas y efectivas de las redes, garantizando su relevancia y capacidad de respuesta ante los desafíos sociales y sanitarios cambiantes (Hernández & Mendes, 2023).

La implementación de sistemas de redes requiere desafiar la hegemonía del modelo médico tradicional, cuestionando los enfoques históricos de atención y adoptando una postura de humildad por parte de los equipos de salud. Estos equipos deben reconocer la relevancia de integrar nuevas voces, especialmente las provenientes de las comunidades, para abordar sus problemas de salud de manera integral y participativa. Para ello, es fundamental establecer una gestión colegiada en las unidades sanitarias, promoviendo la creación de equipos transdisciplinarios que trabajen de manera colaborativa. Este enfoque facilitará la transferencia de conocimientos, el intercambio de información y la construcción colectiva de proyectos terapéuticos, garantizando que las responsabilidades no se diluyan y que se logre un abordaje más holístico y efectivo de las necesidades de salud (Hernández & Mendes, 2023).

Los equipos transdisciplinarios deben integrarse con equipos clínicos de referencia (verticales) y equipos de apoyo especializado (horizontales), lo que posibilita una combinación efectiva de especialización e interdisciplinaria. Esta articulación asegura que los profesionales de diferentes áreas trabajen de manera conjunta en torno a un proyecto terapéutico coordinado. La negociación continua dentro de los equipos resulta esencial para ajustar la atención a las necesidades cambiantes de los pacientes y las comunidades, permitiendo una respuesta flexible y adaptada a sus demandas (Hernández & Mendes, 2023).

La refundación de los sistemas de salud implica desplazar la tradicional cartografía institucional-burocrática hacia una nueva geografía social, donde los sistemas sanitarios se construyan como una red de territorialidad. Esta reorganización debe fundamentarse en territorios y dinámicas sociales locales que respeten la diversidad y promuevan estrategias de salud colectiva, bienestar y calidad de vida saludable. Así, los sistemas de salud deben ser abiertos, heterogéneos, simétricos y mancomunados en la consecución de objetivos comunes de cuidado y protección colectiva (Hernández, 2022).

En conclusión, las redes de salud ofrecen una oportunidad única para transformar los sistemas de salud en América Latina y el Caribe, basándose en principios de inclusión, diversidad y participación activa. La clave radica en construir un modelo sanitario flexible, solidario y comprometido con la justicia social, que permita una verdadera reciudadanización y garantice el acceso equitativo a los servicios de salud.

Para pensar la transformación social de manera más profunda, es fundamental superar la visión tradicional del cambio como una mera conversión de un orden social en otro. El prefijo “trans” implica ir más allá, sugiriendo que la transformación no solo modifica lo existente, sino que tiene la capacidad de generar nuevas formas que trascienden lo dado. Así, la transformación social se presenta como una capacidad humana para crear nuevas formas colectivas de vivir, para habitar el mundo de manera diferente, fuera de las estructuras de dominación, explotación y despojo (Gutiérrez, 2017).

La transformación social, desde una perspectiva comunitaria, ofrece una manera de concebir el

cambio que desafía la lógica totalizante del capitalismo. Aunque el capitalismo busca expandir sus estructuras y lógicas a todas las esferas de la vida, nunca logra ser completamente total, ya que existen formas de vida social que se desarrollan y reproducen fuera, o al margen, de sus relaciones. Este enfoque permite comprender que las formas de reproducción de la vida no siempre están determinadas por las relaciones capitalistas, y que, en el presente, emergen diversas maneras de vivir que resisten y desafían la lógica capitalista.

En este contexto, los trabajos colectivos, realizados de manera cooperativa y con un sentido de comunidad, son los verdaderos motores de la vida social, pues implican un antagonismo constante con el capital. Estos trabajos no solo facilitan la reproducción de la vida, sino que se transforman en un acto de resistencia activa contra las fuerzas que buscan someter a las comunidades a la mercantilización y explotación. Así, la lucha por garantizar la vida social se convierte en un esfuerzo continuo por preservar formas de organización social que escapen a la lógica capitalista (Gutiérrez, 2017).

Reflexiones finales

En el actual sistema de salud en México, la necesidad urgente de transformarlo hacia un modelo que responda de manera más efectiva a las realidades sociales y culturales del país requiere un enfoque integral que recupere la verdadera esencia de la Atención Primaria a la Salud (APS). Reconceptualizar la APS implica avanzar hacia un sistema de salud que no solo se enfoque en la atención de enfermedades, sino que asuma el cuidado integral de las personas, considerando sus condiciones de vida, sus contextos y su participación activa en el proceso de salud. La verdadera participación

social es un pilar esencial, ya que solo a través de la colaboración genuina entre la comunidad y los servicios de salud, se puede construir un sistema que realmente responda a las necesidades del pueblo.

La transformación del sistema de salud debe incluir una nueva institucionalidad y territorialidad que permita respuestas más locales y adaptadas al contexto social. El territorio, como espacio físico y social, es clave para poder responder de manera integral a las necesidades de salud de la población. Es fundamental que todos los actores, desde los profesionales de la salud hasta la comunidad misma, reconozcan sus responsabilidades y deberes en este proceso, generando un sentido de corresponsabilidad que garantice la sostenibilidad del sistema.

Un paso crucial es replantear la salud en términos de redes de salud abiertas, heterogéneas y simétricas, en las que las instituciones no solo se coordinen, sino que estén entrelazadas con la territorialidad y respondan de manera fluida a las dinámicas sociales. En este tipo de redes, la salud se entiende de manera holística, incorporando estrategias de buen vivir que contemplen el bienestar físico, mental, social y ambiental de las personas. Estas redes deben ser capaces de responder no solo a los problemas inmediatos de salud, sino también a los determinantes sociales que impactan la calidad de vida (Hernández & Mendes, 2023).

Es imprescindible, además, avanzar en la construcción de una Soberanía Sanitaria que permita a México tomar control sobre sus recursos y decisiones en salud, liberándose de la dependencia externa en materia de tecnología, medicamentos y modelos de atención. En este contexto, la cooperación Sur-Sur, a través del intercambio de cono-

cimientos y tecnologías con otros países del Sur Global, es una vía importante para fortalecer el sistema sanitario de manera autónoma y coherente con los principios de justicia social y equidad.

La formación de talento humano coherente con este nuevo enfoque es otro elemento crucial para la transformación del sistema. Los profesionales de la salud deben estar preparados para trabajar en este nuevo modelo de atención integral, lo que implica una formación que incluya no solo los conocimientos técnicos, sino también una comprensión profunda de los determinantes sociales y culturales de la salud, así como de las dinámicas comunitarias.

En este proceso de cambio, es vital recuperar los saberes ancestrales que han sido parte fundamental de las comunidades indígenas y rurales de México. Estos saberes, que han sido transmitidos a lo largo de generaciones, deben ser integrados de manera respetuosa y apropiada dentro del sistema de salud, como un componente clave para lograr una atención verdaderamente integral y culturalmente adecuada.

Asimismo, es fundamental que la población se apropie y defienda su derecho a la salud. El derecho a la salud debe ser entendido como un derecho humano fundamental que debe ser garantizado sin distinción alguna, y la población debe ser empoderada para exigirlo. Esta defensa del derecho a la salud debe ir acompañada de una regulación y control más estrictos sobre los actores privados en el sector salud, para evitar la mercantilización y el lucro a costa del bienestar de la población.

Finalmente, es esencial tener un control sobre el complejo Médico Financiero Industrial que, muchas veces, incide negativamente en la prestación

de servicios de salud. Es necesario desmercantilizar la salud, eliminando las barreras económicas que limitan el acceso a servicios de calidad y garantizando un sistema público y gratuito para todas y todos, que esté al servicio de la salud colectiva y no de intereses privados.

En conclusión, la refundación del sistema de salud en México debe ser una construcción colecti-

va, basada en un enfoque integral y comunitario, que respete la diversidad social, cultural y territorial del país. Solo a través de una verdadera transformación del sistema, que incorpore la soberanía sanitaria, la cooperación internacional, la formación de un talento humano comprometido y la integración de saberes ancestrales, se podrá garantizar un sistema de salud justo, equitativo y accesible para toda la población.

Referencias bibliográficas

- BANG, C. y STOLKINER, A. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes, *Ciencia, Docencia y Tecnología*, vol. 24, Núm. 8, 123–146: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17162013000100005&lng=es&tlng=es (consulta 19 de marzo de 2025).
- BASILE, G. (2018). La salud Internacional sur sur: Hacia un giro decolonial y epistemológico. En *II Dossier de Salud Internacional Sur Sur*. En Ediciones GT Salud Internacional CLACSO (Ed.), *FLACSO República Dominicana CLACSO*, 8-35.
- BASILE, G. (2020). La salud colonizada por el desarrollo: América Latina y el Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional. En *Pensamiento crítico latinoamericano sobre desarrollo*. Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación. Madrid, 203-218.
- BASILE, G. (2023). Soberanía Sanitaria: implicancias teóricas y geopolíticas de una estrategia regional. En *XI Dossier de Salud desde el Sur* en Ediciones GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO y Biblioteca CLACSO, Ciudad Buenos Aires, 3-34.
- BASILE, G. (2024). La refundación de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe, *Revista Temas*, Núm. 119-120: 17-26. <https://temas.cult.cu/revista/articulo/982> (consulta 19 de marzo de 2025).
- BORJA-ABURTO, V. (2024). La atención primaria en el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar en México, *Salud Pública de México*, vol. 66: 670-676. <https://doi.org/10.21149/15755> (consulta 19 de marzo de 2025).
- DE SOUSA-CAMPOS, G. (1997). El Anti-taylor: sobre la invención de un método para cogobernar instituciones de salud produciendo libertad y compromiso. <https://comisionestadoca.files.wordpress.com/2012/06/texto-4-de-souza-campos-antitaylor-cogobernar-instituciones.pdf> (consulta 19 de marzo de 2025).
- FAYOL, H. y WINSLOW-TAYLOR, F. (1969). *Administración industrial y general: Principios de la administración científica*. Buenos Aires: El Ateneo, 7-46.
- FEO, O. (2016): “¿Debemos insistir con la APS? ¿O nos atrevemos a cambiar? En *Lecturas Básicas de Medicina Social y Salud Colectiva*. Compilación Publicada, 1-5.
- FEO, O. y BASILE, G. (2024). Transitando del mito de la APS al Cuidado Integral de la Salud y Vivir Bien. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* Instituto de Salud Pública Javeriana(Colombia).

- GOBIERNO DE MÉXICO. (2019). Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I Mx: La propuesta metodológica y operativa. Secretaria de Salud. http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distributos_de_Salud_VF.pdf (consulta 19 de marzo de 2025).
- GOBIERNO DE MÉXICO. (2022). Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar. Secretaria de Salud. <https://www.gob.mx/insabi/documentos/modelo-de-salud-para-el-bienestar-dirigido-a-las-personas-sin-seguridad-basado-en-la-atencion-primaria-de-salud#:~:text=El%20Modelo%20de%20Salud%20para,y%20sin%20cat%C3%A1logos%20limitantes%2C%20reciban> (consulta 19 de marzo de 2025).
- GUTIÉRREZ-AGUILAR, R. (2017). Producir lo común: Entramados comunitarios y luchas por la vida. Madrid: 60-79. https://traficantes.net/sites/default/files/pdfs/TDS-UTIL_Apantle_web.pdf (consulta 19 de marzo de 2025).
- HERNÁNDEZ, A. y MENDES, A. (2023). Sistemas Redes y las nuevas arquitecturas organizacionales territoriales para la universalización de bienes colectivos, integrales e interdependientes [Inédito]. Red de Posgrado en Ciencias Sociales, CLACSO, Diploma Superior en Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria.
- HERNÁNDEZ-REYES, A. (2022). La refundación de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe: Una esperanza desde el Sur, vol. 15. Núm. 1: 1-4.
- LÓPEZ-ARRELLANO, O. (2024). Alcances y hojas de ruta de la transformación del Servicio Nacional de Salud Pública en México, Segundas jornadas mexicanas de pensamiento crítico en salud y soberanía sanitaria. <https://www.youtube.com/watch?v=4mIowKqrCXY> (consulta 19 de marzo de 2025).
- LÓPEZ-MANNING, M. y LÓPEZ-RIDAURA, R. (2024). La importancia del Servicio Nacional de Salud Pública en la reestructuración del sistema público de salud, Salud Pública de México, vol. 66: 661-669. <https://doi.org/10.21149/15877> (consulta 19 de marzo de 2025).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=48D5312D72B5E876200DF0D65D32C59C?sequence=1> (consulta 19 de marzo de 2025).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2018). Declaración de Astana, Global Conference on Primary Health Care From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf> (consulta 19 de marzo de 2025).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2003). CD44.R6: Atención Primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/238> (consulta 19 de marzo de 2025).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2009). Redes integradas de servicios de salud basadas en Atención Primaria de Salud (CD49.R22). Washington, D.C.: OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/61885?show=full&locale-attribute=es> (consulta 19 de marzo de 2025).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2010). Redes integradas de servicios de salud: Conceptos, opiniones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas (Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No. 4). Washington, D.C.: OPS.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2019). Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto

- Nivel (edición revisada). Washington, D.C.: OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50960> (consulta 19 de marzo de 2025).
- SECRETARÍA DE SALUD. (2020). Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS): Redes de Atención (APS-I Mx). <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/redes-integradas-de-servicios-de-salud-redes-de-atencion> (consulta 19 de marzo de 2025).
- TEJADA DE RIVERO, D. (2003). Alma Ata; 25 años después, Revista Perspectivas de Salud, OPS, vol. 8, Núm. 1.
- TETELBOIN, C. (2020). Propuestas, avances y pandemia en la transformación del sistema de salud en México, *Boletín sobre COVID-19*: Facultad de Medicina, vol. 1, Núm. 12: 1-12. <https://dsp.fac-med.unam.mx/wp-content/uploads/2022/03/COVID-19-No.12-03-Propuestas-avances-y-pandemia.pdf> (consulta 19 de marzo de 2025).