

# Evaluación y fortalecimiento en la implementación de las FESP en los Distritos de Salud para el Bienestar de Sonora, 2024

---

José Luis Alomía Zegarra\* • Jorge Laureano Eugenio\*\* • Abraham Ocejo García\*\*\*  
Universo Ortiz Arballo\*\*\*\* • María Mayela Medina Romero\*\*\*\*\*  
Elia Susana Castro Lomeli\*\*\*\*\* • Eduardo Smith Pérez Juárez\*\*\*\*\*

---

## RESUMEN

Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) tienen como objetivo orientar el desarrollo de políticas de salud mediante cuatro ciclos: evaluación, desarrollo de políticas, asignación de recursos y acceso. La consolidación del Sistema de Salud en México requiere de una estructura de rectoría y gobernanza en territorio, identificando áreas de oportunidad y competencias, así como desarrollar procesos de gestión y coordinación sectorial e intersectorial a nivel local. **Objetivo:** Evaluar y fortalecer la implementación de las FESP en los Distritos de Salud para el Bienestar de Sonora; **Materiales y Metodología:** estudio mixto CUALI-CUANTI de tipo secuencial por fases: 1) Construir instrumento; 2) Evaluación de FESP, y 3) Taller de fortalecimiento de FESP. **Resultados y Discusión:** las alfas de Cronbach oscilaron entre 0.66 y 0.80 dividido en los cuatro ciclos, el ciclo más desarrollado fue el de evaluación, mientras que el menos fue el de asignación de recursos. Durante el taller de fortalecimiento, los participantes destacaron la necesidad de herramientas diagnósticas para fortalecer las capacidades operativas, la transformación digital para la APS, se discutió sobre la ausencia de coordinación interinstitucional, la importancia del trabajo con diferentes órganos de gobierno y sociedad civil, además de la falta de infraestructura en zonas vulnerables. **Conclusiones:** la evaluación local de las FESP estableció la línea base de competencias del sistema de salud, fortaleciendo la investigación y vigilancia de comunidades, identificación de inequidades y factores que la condicionan, resaltando la necesidad de mantener evaluaciones de estas competencias, y crear estructuras locales con recurso y personal propio.

\* Director General de Epidemiología en la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud del gobierno de México. Correo electrónico: [jalomia@me.com](mailto:jalomia@me.com)

\*\* Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Correo electrónico: [georgelaure\\_1@hotmail.com](mailto:georgelaure_1@hotmail.com)

\*\*\* Doctorante en epidemiología/bioestadística por la University of Arizona. Correo electrónico: [abraham.ocejo@outlook.com](mailto:abraham.ocejo@outlook.com)

\*\*\*\* Director de Epidemiología en la Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades de la Secretaría de Salud Pública de Sonora. Correo electrónico: [uies.son@gmail.com](mailto:uies.son@gmail.com)

\*\*\*\*\* Jefa de Depto. De Funciones Esenciales de Salud Pública. Correo electrónico: [mayelamedinaromero@gmail.com](mailto:mayelamedinaromero@gmail.com)

\*\*\*\*\* Supervisora estatal en el Servicio Nacional de Salud Pública. Correo electrónico: [susanacastrolomeli@gmail.com](mailto:susanacastrolomeli@gmail.com)

\*\*\*\*\* Adscrito a los Servicios de Salud de Sonora. Correo electrónico: [eduardossa.sonora@gmail.com](mailto:eduardossa.sonora@gmail.com)

**Fecha de recepción:** 01 de octubre de 2025.

**Fecha de aceptación:** 16 de diciembre de 2025.

## Evaluation and strengthening of the implementation of the Essential Public Health Functions (EPHF) in the Health Districts for Well-Being of Sonora, 2024

### ABSTRACT

The Essential Public Health Functions (EPHF) guide the development of public health policy through four cycles: assessment, policy development, resource allocation, and access. The consolidation of Mexico's Public Health System requires of a structure of territorial rectory and governance, identifying opportunities areas and capabilities, as well as the development of management process, sectoral and intersectoral coordination at local level. Objective: to develop an assessment tool and implement a local level workshop to enhance the EPHF; **Methods:** A sequential mixed-methods (QUALI-QUANTI) study was conducted in three phases: 1) development of an EPHF assessment tool; 2) assessment of EPHF, and 3) facilitation of a workshop to enhance the EPHF capacities. **Results and Discussion:** the assessment tool demonstrated acceptable internal consistency (Cronbach's alpha 0.66 - 0.80) across the four cycles, the most efficient cycle was assessment, while the less efficient was resource allocation. Along with the enhancing workshop, the participants highlighted the need for diagnosing tools to enhance operative capabilities, the digital transformation of the PHC, they discussed over the lack of interinstitutional coordination, the importance of cooperative work with other government agencies and civil society, in addition of the lack of infrastructure on vulnerable zones. **Conclusion:** the local assessment of the EPHF established a baseline of the public health capabilities, enhancing the research and surveillance of communities, identification of inequities and the factors that condition them, highlighting the need to continue the capabilities assessed, as well as generate local structures with their own personal and resources.

### Introducción

En la comprensión y abordaje de los determinantes sociales de la salud que integre un enfoque territorial de participación social y acción intersectorial, es necesario comprender, evaluar y fortalecer las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), hasta el nivel de los Distritos de Salud Para el Bienestar (DSB), como herramientas clave para hacer posible la rectoría y gobernanza nacional, estatal y local del sistema nacional de salud.

Las FESP tienen como objetivo orientar el desarrollo de políticas de salud colectiva en un ciclo

de 4 componentes: evaluación, desarrollo de políticas, asignación de recursos y acceso, priorizando una perspectiva territorial, sumando a diversos actores y sectores, para enfrentar de manera más efectiva las desigualdades, inequidades e injusticias sociales que mantienen la pobreza y la exclusión, que afectan la salud y bienestar de las poblaciones con mayor rezago social (Moya-Medina et al., 2024).

México ha impulsado la transformación del sistema de salud, con el propósito de cumplir con el artículo 4o de la Constitución Política de los

Estados Unidos Mexicanos, que consagra el derecho a la salud para todas las personas que están en el territorio nacional. En esta transformación, la Secretaría de Salud del Gobierno de México, ha desarrollado el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar), basado en Atención Primaria de la Salud (APS) y las FESP (Diario Oficial de la Federación, 2022). En esta reconfiguración, el Estado de Sonora, al norte del país, opera con un sistema de salud fragmentado, teniendo una población en 2024 de 3 111 704 habitantes, y de la cual 1 198 897 no cuenta con seguridad social laboral lo que corresponde a un 38.5% de la población, ubicándose en el tercer lugar después de Coahuila y Nuevo León (29.4% y 30%, respectivamente), esto en un territorio geográfico de aproximadamente 180 608 km<sup>2</sup>, siendo el segundo de mayor extensión en México, esto representa un gran reto para garantizar el acceso a servicios de atención individual y colectiva.

Los grandes elementos de trabajo en estos cambios, han sido priorizar el enfoque territorial y consolidar el Servicio Nacional de Salud Pública, los DSB y el Centro Coordinador de Salud para el Bienestar (CECOSABI), que ha implicado capacitación, escucha de diversos actores, la revisión, reflexión y replanteamiento de atribuciones, estructuras y de la Ley Estatal de Salud (Alomía-Zegarra, 2024). Estos procesos iniciaron en octubre del 2023, se requirió abrir mesas de discusiones continuas intersectoriales y sectoriales, donde uno de los elementos clave fueron las FESP para fortalecer la rectoría y gobernanza en salud.

En el contexto local, los DSB, son la estructura operativa en territorio, identificando áreas de oportunidad y competencias, desarrollando procesos de gestión y coordinación para el fortalecimiento y cumplimiento de los principios del

MAS-Bienestar: cobertura universal, gratuidad, accesibilidad, continuidad, calidad y oportunidad (Diario Oficial de la Federación, 2022).

Las FESP se han evaluado a nivel nacional en diferentes contextos, existiendo una herramienta exhaustiva para dicho propósito y creada por la Organización Panamericana de la Salud (Organización Panamericana de la Salud, 2010), no obstante, en un país tan vasto como México, con diferentes zonas geográficas y estados autónomos, nace la necesidad de diseñar un instrumento que pueda medir a un nivel más elemental las funciones de salud pública por parte del sistema de salud, que si bien, es un sistema nacional, éste se encuentra fraccionado en diferentes niveles administrativos, siendo la unidad básica los distritos de salud para el bienestar.

En Sonora, hay 6 distritos de salud para el bienestar, cada uno con características que los diferencian entre sí, donde tenemos zonas de desierto arenoso, matorral, pastizal, bosque, selva y manglares, que se traduce en actividades económicas específicas y problemas de salud diferenciados entre cada área. Asimismo, los distritos varían en cuanto a extensión territorial y densidad de población.

Este artículo muestra resultados del diseño y aplicación de un instrumento de medición de FESP, así como la experiencia del Taller Estatal para su fortalecimiento en los 6 DSB, ilustrando el nivel de cumplimiento de las FESP y las propuestas para hacer frente a las brechas de salud colectiva de cada territorio.

## **Materiales y Métodos**

Se utilizó un método mixto con diseño de tipo explicativo secuencial con tres fases. En la primera

fase, se recabó la información, en la segunda se analizaron los datos cuantitativos; posteriormente se trianguló y amplió con una tercera fase con datos cualitativos. Los datos tipo CUAN y tipo CUAL tuvieron el mismo nivel de importancia.

El estudio consistió en una intervención institucional para evaluar y fortalecer las FESP en el estado de Sonora, a través de la Secretaría de Salud estatal y se llevó a cabo en el periodo del 4to trimestre del 2023 al 4to trimestre de 2024. Las unidades evaluadas fueron los 6 DSB.

1. Fase de construcción de un instrumento de evaluación de las FESP con base en el Modelo MAS-Bienestar. Si bien existen herramientas para evaluar las FESP, estas son de dimensión nacional, lo que limita el reconocimiento de particularidades locales, sobre todo en países federales, con una gran diversidad socio-territorial y autonomía estatal.

Para la construcción del instrumento, inicialmente se llevaron a cabo cursos sobre las FESP-Renovadas para el personal directivo y operativo de los DSB. Posteriormente, se realizaron mesas de trabajo con todo el personal de salud pública de cada uno de los 6 DSB existentes en Sonora, hasta llegar a consensos sobre las funciones que se realizan actualmente, en el nivel local y lo que se espera de acuerdo con las FESP y el nuevo Modelo MAS-Bienestar (DOF-25/10/2022) (Diario Oficial de la Federación, 2022). Así mismo, se identificaron instrumentos que se han aplicado a nivel nacional y elementos estratégicos para lo local.

El instrumento resultante consistió en 41 ítems que se dividieron en cada uno del ciclo

de las políticas, donde se articulan las FESP (Evaluación; Desarrollo de Políticas Públicas; Asignación de Recursos; y Acceso), utilizando una escala tipo Likert de 0 a 5, donde 0 es que no cumple y 5 es que se cumple al 100%, para cada uno de los 41 ítems. Para su evaluación se realizó un análisis de consistencia interna con Alpha de Cronbach.

2. Evaluación de las FESP en los DSB. Se realizó la aplicación del instrumento en cada uno de los 6 DSB (como se observa en la figura 1) durante el primer semestre de 2024 (enero-junio), mediante un modelo de entrevista semiestructurada, aplicada en dos sesiones de tres horas, donde se agregó a cada uno de los 41 ítems, una pregunta abierta con una breve descripción por parte del personal del DSB del porqué de la respuesta dada. Las evaluaciones fueron comparadas con evidencia documental relacionada con cada uno de los ítems, dando como resultado final el contrastado por el equipo de expertos en cuanto a la supervisión de las FESP en el Estado.

El análisis de los datos se realizó con un modelo ciego, donde el capturista no se involucró en la recolección de datos. La obtención de resultados fue mediante el programa estadístico R versión 4.4.1(R Core Team, 2025).

3. Taller de fortalecimiento de las FESP en los DSB. Con base en los resultados del instrumento de evaluación de las FESP, se llevó a cabo el taller participativo de fortalecimiento de las FESP, avanzando en el proceso a la reflexión y discusión de las perspectivas y retos para el fortalecimiento local de competencias, con el propósito de reducir las brechas de salud colectiva en territorio, fortalecer la APS y

desarrollar estrategias para incidir con acciones colectivas en cada territorio.

## Resultados

Los participantes del estudio fueron el equipo directivo de cada DSB, con sus 7 áreas de acción: gerencia, operaciones, logística, inteligencia, programas de acción específicos, Centro Coordinador de Salud para el Bienestar (CECOSABI), y supervisión. Las profesiones dominantes fueron

medicina, áreas de salud (psicología, nutrición, trabajo social, salud pública), y enfermería. Asimismo, el máximo grado de estudios fue de posgrado en un 79% de los participantes, mientras que el 21% restante fue de nivel licenciatura. En cuanto a la experiencia en el puesto, el jefe distrital fue el que tuvo más experiencia con un promedio de 27 años, en contra parte con el área de menor experiencia que fue supervisión con solo 9 años en promedio (ver tabla 1).

**Tabla 1. Datos descriptivos de los participantes de los distritos de salud para el bienestar**

| Variable                 | Años de experiencia<br>$\bar{x}$ (min, max)/% |
|--------------------------|---|
| <b>Puesto</b>            |   |
| Jefe Distrital           | 27 (3, 49)                                    |
| Área de Gerencia         | 13 (1, 27)                                    |
| Área de Operaciones      | 18 (1, 31)                                    |
| Área de Logística        | 15 (5, 22)                                    |
| Área de Inteligencia     | 19 (1, 34)                                    |
| Área de Programas        | 18 (3, 26)                                    |
| Área de CECOSABI         | 10 (1, 32)                                    |
| Área de Supervisión      | 9 (2, 17)                                     |
| <b>Profesión</b>         |   |
| Enfermería               | 17%   |
| Medicina                 | 38%   |
| Área de la Salud         | 20%   |
| Otra                     | 25%   |
| <b>Nivel de estudios</b> |   |
| Licenciatura             | 21%   |
| Posgrado                 | 79%   |

En la fase 1, el trabajo con panel de expertos local y nacionales, se replantearon ítems y discutieron elementos de evaluación, definiendo 41 ítems divididos en los 4 ciclos de las FESP, mismos que al evaluar sus propiedades psicométricas se obtuvieron índices de consistencia interna de 0.66 en el componente de desarrollo de políticas públicas y 0.80 en evaluación, pasando por 0.76 en acceso y un 0.79 en asignación de recursos (tabla 2).

**Tabla 2. Resultados de alfa de Cronbach para el instrumento de evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública.**

| Ciclo                            | ítems | Alfa de Cronbach (IC 95%) |
|----------------------------------|-------|---------------------------|
| Evaluación                       | 10    | 0.80 (0.42, 0.97)         |
| Desarrollo de políticas públicas | 10    | 0.66 (0.02, 0.95)         |
| Asignación de recursos           | 11    | 0.79 (0.41, 0.97)         |
| Acceso                           | 10    | 0.76 (0.31, 0.96)         |

En la Fase 2, la aplicación del instrumento a los 6 DSB, fue a 58 profesionales de diferentes disciplinas con experiencia en servicios de salud (de 3 hasta 24 años). El 36% era personal médico, 24% de enfermería, 12% administrativos, 10% de nutrición y 18% de otras profesiones.

Los resultados de la aplicación del instrumento muestran que el componente con mejor desempeño fue Evaluación, con un 54% de los distritos alcanzando niveles moderados o superiores. La documentación de evidencias, mostró que los DSB cuentan con capacidades establecidas para la recolección y análisis de información, lo que fortalece la toma de decisiones en salud colectiva a nivel local en relación a la respuesta a un brote epidemiológico, o a medidas de promoción a la salud y prevención de enfermedades mediante

programas de difusión de información en colonias de riesgo. No obstante, se menciona que el requerimiento de un mayor uso de nuevas tecnologías para mejorar capacidad de integración, análisis, proyección y uso de los datos recolectados por los DSB.

En contraste, el componente de Asignación de Recursos presentó la menor proporción, con solo un 35% de desempeño. Los DSB con menor puntaje en esta área fueron Santa Ana (22%) y Navojoa (29%), evidenciando que los recursos mayoritariamente se definen y planifican a nivel nacional y estatal, sin considerar las necesidades locales, desde una perspectiva externa a cada realidad de territorio, presentando dificultades estructurales en la distribución equitativa de recursos y la sostenibilidad operativa de las acciones (ver la figura 1).

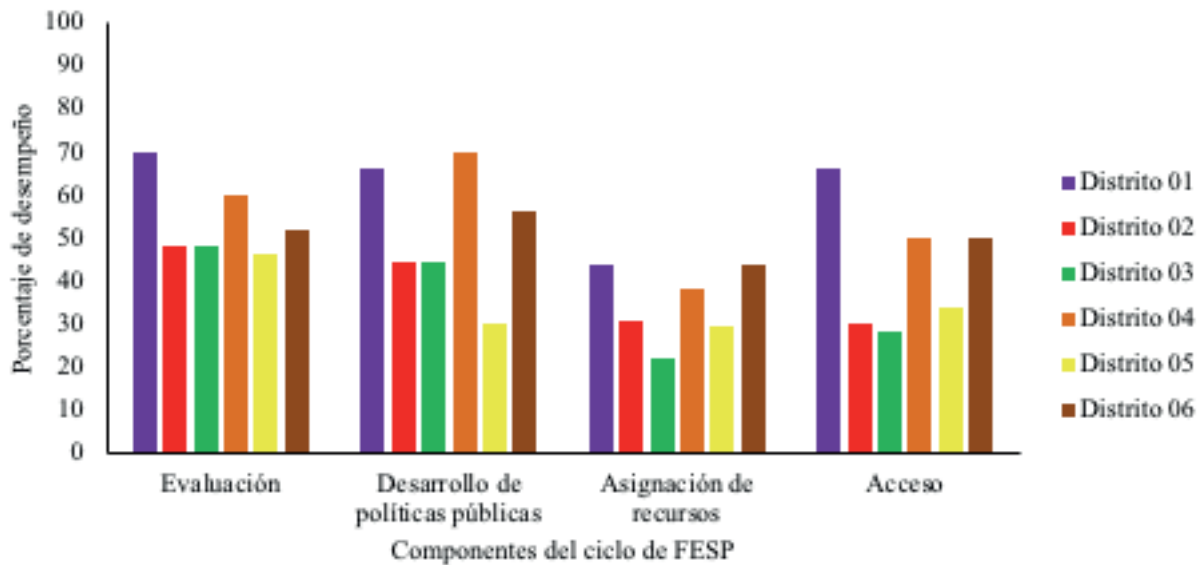
**Figura 1. Valoración de componentes de FESP en relación con desempeño de los DSB.**

Figura 1. Valoración de componentes de FESP en relación con desempeño de los DSB.

En la fase 3, Taller de fortalecimiento de las FESP, los participantes de los DSB, señalaron tener limitaciones en el uso de herramientas diagnósticas para fortalecer las capacidades operativas y señalaron la necesidad de la transformación digital para fortalecer la Atención Primaria en Salud. Por su parte, las brechas de salud colectiva resaltaron la ausencia de coordinación interinstitucional en acciones integrales y sostenibles ante las limitaciones de recursos. Destacan la importancia del trabajo con los presidentes municipales y organizaciones de la sociedad civil. Asimismo, destacan la falta de infraestructura en salud para atender zonas vulnerables y el no contar con capacitación continua (ver tabla 3).

## Discusión

La aplicación del instrumento de evaluación de las FESP en los 6 DSB, permitió identificar diferencias entre los DSB por ubicación geográfica, contexto cultural, características de la población, personal de salud con que cuentan, la distribución geográfica de las unidades de atención médica y la relación con los proveedores de atención médica, elementos que trascienden de alguna manera la implementación de FESP.

Los talleres permitieron observar que el personal de los DSB ya contaba con competencias que permitieron el desarrollo de acciones a nivel local, no obstante, reconocen dificultades respecto a la normativa nacional y estatal, como señalaron López-Arellano y Delgado-Campos, es necesario generar modificaciones legales e institucionales para fortalecer el trabajo sectorial local, no solo estatal; así como utilizar la normativa de la ac-

**Tabla 3. Resultados del Taller Estatal de fortalecimiento de las FESP realizado en los DSB, en Sonora, 2024.**

|                                  |                    |   |
|----------------------------------|--------------------|---|
| Primera etapa del Taller Estatal | Brechas detectadas | Deficiencias en la coordinación interinstitucional local, que afecta la aplicación de la APS local<br>Falta de diagnósticos intersectoriales, que incluyan no solo al Sector Salud, y que consideren las necesidades específicas de las comunidades, en una perspectiva coordinada.   |
|                                  | Áreas de mejora    | Sensibilización y capacitación continua del personal, en todos los niveles de atención.<br>Establecimiento de alianzas para la acción en conjunto, con la posibilidad de compartir metas, indicadores, relevo de liderazgo y en su caso, presupuestos e indicadores.  |
| Segunda etapa del Taller Estatal | Retos              | Incrementar la disponibilidad de recursos económicos, que sean definidos en su gasto, a nivel local, no estatal o nacional.<br>Mecanismos de consulta ciudadana para priorizar necesidades de cada territorio, favoreciendo el rol activo de las poblaciones en la conducción de acciones para su salud y bienestar                             |
|                                  | Propuestas         | Establecer mecanismos de evaluación y análisis periódico, para identificar nuevos retos y replanteamiento de acciones desde lo local.<br>Crear sistemas integrados de monitoreo para todos los niveles operativos, que permita una mejor toma de decisiones<br>Involucrar a otros actores en el fortalecimiento de las FESP en el ámbito local. |

ciones en el ámbito de la salud colectiva, permitiendo dar permanencia a la transformación y fortalecer la capacidad rectora de las Secretarías de Salud Estatales en lo que respecta a articular las acciones con los diferentes prestadores de servicios presentes en cada territorio (López-Arellano et al., 2024).

Otro aspecto a destacar es, el no tener recursos propios para la planificación desde los mismos DSB, Ochoa-Torres y López-Ridaura señalan que la autonomía para disponer de recursos, es una acción clave para responder a las características de cada territorio, posibilita la suma de

actores locales y, sobre todo, genera procesos de acción sostenibles, permitiendo a los DSB, incidir en los desertos y brechas de la atención a la salud. Estos mismos autores, señalan que son estratégicos los sistemas de información integrados, que incluyan equipamiento y capacidades instituciones. La necesidad de mantener actualizado estos sistemas (Ochoa-Torres y López-Ridaura, 2024), fue otra condición identificada en el Taller Estatal, así como, la importancia de la evaluación territorial, desde una perspectiva intersectorial y considerando los determinantes sociales de la salud locales, poco visibles para las políticas nacionales o estatales.

Las FESP renovadas, replantearon la forma de evaluación e incorporaron un componente específico para la inclusión de las desigualdades sociales y su abordaje, sin perder el pulso de lo local, colocando a los DSB, como un espacio clave de rectoría y gobernanza en salud, identificando la necesidad de mantener el trabajo intersectorial, la participación social y la configuración local de redes de trabajo con el sector salud (Alomía-Zegarra, 2024; Ochoa-Torres y López-Ridaura, 2024).

La relevancia de DSB, por su configuración territorial y cercanía local, también es descrita por Restrepo Pimienta, Nieto Ríos y Fonseca Deluque, quienes plantean la necesidad de revisión y creación de mecanismos normativos para garantizar la salud como derecho universal así como la modernización de la gestión pública para atender las vulnerabilidades de la población (Restrepo Pimienta et al., 2023), algo que también se identificó en el Taller de fortalecimiento de las FESP: como la necesidad de mantener mecanismos para el involucramiento de la sociedad en la toma de decisiones.

En experiencias de otros lugares como Puno (Perú), se encontró que una de las mayores dificultades en cuanto a la implementación de un sistema de salud basado en la persona y la comunidad, y con seguimiento a las FESP, fue la fragmentación de los servicios, así como la falta de liderazgo a nivel local por parte de la autoridad de salud (Quispe-Mamani et al., 2022), hallazgos similares a lo identificado en Sonora, reiterando la importancia de no solo evaluar las FESP a nivel local, sino además, la oportunidad de implementar talleres para capacitar, sensibilizar y fortalecer habilidades de los líderes sanitarios y autoridades locales.

En el Taller, se identificó la necesidad de fortalecer la gobernanza local en salud y la importancia de las acciones intersectoriales, que permitan el análisis de cada realidad y planes de acción, algo que Silva Morocho señala en su artículo sobre las limitaciones que se tienen para establecer los comités ciudadanos locales y su seguimiento, entre los que describe la falta de medios de divulgación, la regulación inadecuada por parte de las autoridades locales, así como la normativa vigente y el interés de los actores en participar (Ángel y Morocho, 2022).

Ferrer Lozano y Morejón Trofimova describieron que el uso de la gestión territorial en Cuba, les ha permitido la participación de los diversos actores intersectoriales en la toma de decisiones, reduciendo decisiones unilaterales y centralizadas (Lozano y Trofimova, 2021); visión que tiene importancia para el trabajo en salud colectiva, en tanto el MAS-Bienestar en México, impulsa un fuerte componente de territorialización, mandato clave para el trabajo de los DSB, en acciones de salud colectiva en los territorios y gestión para generar bienestar y salud.

Esta gestión territorial, tiene que ir acompañada de elementos clave de rectoría, tal como lo menciona en su estudio, Gorosterrazú Rivero, describiendo los resultados de su instrumento sobre la autonomía de las Direcciones Departamentales del Ministerio de Salud Pública de Uruguay, que definió diferentes categorías como 1) programas desarrollados, 2) recursos humanos, 3) recursos financieros, 4) objetivos y población destinataria de los programas, 5) territorio sobre el cual se desplegaron las acciones y programas, 6) supervisión del funcionamiento de los distintos programas co-ejecutados en el territorio, y 7) evaluación de resultados e impacto de las acciones y programas desarrollados. Este autor señala que, a pesar

de la descentralización en Uruguay, los servicios de salud se vieron limitados en las funciones y competencias, pues, contaban con estos elementos a nivel operativo, pero no a nivel gerencial (Gorosterrazú Rivero, 2024), siendo esto similar en los 6 DSB en Sonora, por lo que se deberá de reforzar el enfoque de gestión territorial, pero con todos los elementos requeridos para un buen desempeño.

## Conclusión

El sistema de salud en México tiene grandes retos para consolidar el modelo MAS-Bienestar en el territorio, basado en la APS y las FESP, pues aún se impulsa un sistema de toma de decisiones nacional y estatal, centrado en el cumplimiento de metas, existiendo insuficiente apoyo para el desarrollo de las competencias necesarias en los DSB para ejercer la rectoría y gobernanza local. Se requiere avanzar en una mejor comprensión

y abordaje del MAS-Bienestar, una mayor participación de la sociedad civil y de actores claves como parte del proceso de desarrollo de políticas, más allá de garantizar la prestación de servicios de atención médica.

Este trabajo aporta evidencia sobre las capacidades de los DSB de Sonora para desplegar las FESP. Su evaluación en el ámbito local permite establecer una línea basal de las FESP en los DSB e identifica la necesidad de fortalecer la investigación de necesidades y la vigilancia en salud, impulsar la transformación digital del sistema de salud e identificar las inequidades sociosanitarias, para crear estructuras estatales y locales con mayor capacidad de respuesta e incidencia territorial con acciones colectivas sobre los determinantes sociales de salud, como una prioridad del sistema estatal de salud, con recursos suficientes y personal capacitado para estas acciones.

## Referencias bibliográficas

- Alomía-Zegarra, J. L. (2024). Servicio Nacional de Salud Pública: implementación en el estado de Sonora. *Salud Pública de México*, 66(5, sept-oct), 714–717. <https://doi.org/10.21149/16268>
- Ángel, M., & Morocho, S. (2022). *Comités ciudadanos locales de salud: incidencia en el proceso de participación ciudadana del Cantón Palora, 2018 - 2021*. <https://repositorio.iaen.edu.ec/handle/24000/6040>
- Diario Oficial de la Federación. (2022). ACUERDO por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). En *Diario Oficial de la Federación*. Diario Oficial de la Federación. [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)
- Gorosterrazú Rivero, J. A. (2024). *La desconcentración territorial del Ministerio de Salud Pública en Uruguay: un análisis descriptivo sobre el alcance de la autonomía de las Direcciones Departamentales de Salud (2015-2020)* [Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales]. <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/22181>
- López-Arellano, O., en en SP, D. C., Ixshel Delgado-Campos, V., & en Soc, D. C. (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>
- Lozano, Y. F., & Trofimova, Y. M. (2021). “Gestión intersectorial, herramienta para la gestión de políticas públicas. Una experiencia cubana en la Atención Primaria de Salud”. *Panorama Cuba y Salud*, 16(2), 142–145.
- Moya-Medina, J., Finkelman, J., & Molina-Leza, J. (2024). “El papel de las funciones esenciales de salud pública en los sistemas de salud”. *Salud Pública de México*, 66(5, sept-oct), 637–643. <https://doi.org/10.21149/15640>
- Ochoa-Torres, M. del P., & López-Ridaura, R. (2024). “El reto de cerrar brechas y eliminar desiertos de atención”. *Salud Pública de México*, 66(5, sept-oct), 774–782. <https://doi.org/10.21149/15833>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Guía para la Aplicación del Instrumento de Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública*. Organización Mundial de la Salud. [https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP\\_Instrumento\\_Guias\\_Aplicacion.pdf](https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Instrumento_Guias_Aplicacion.pdf)
- Quispe-Mamani, E., Pineda-Palomino, K. P., Poma-Callo, Y., Quispe-Huaranca, I. L., Inquilla-Mamani, J., Quispe-Mamani, E., Pineda-Palomino, K. P., Poma-Callo, Y., Quispe-Huaranca, I. L., & Inquilla-Mamani, J. (2022). Gestión organizacional de la atención primaria en el sistema regional de salud en Puno, Perú. *Revista de Salud Pública*, 24(4), 1-. <https://doi.org/10.15446/RSAP.V24N4.101006>
- R Core Team. (2025). *R: A Language and Environment for Statistical Computing* (4.4.1). R Foundation for Statistical Computing.
- Restrepo Pimienta, J. L., Nieto Ríos, W. A., & Fonseca Deluque, R. de J. (2023). Protección social en salud: política, gestión y resultados. *Revista Venezolana de Gerencia*, 28(102), 581–594. <https://doi.org/10.52080/RVGLUZ.28.102.9>