

Atención Primaria para la Salud: La primera línea de defensa frente a enfermedades emergentes y reemergentes

Laura Michelle Ruiz Munguía^{1*}, Esmeralda Valentina Carrillo Vázquez¹

¹ Estudiante de la Escuela de Medicina, División de Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac Querétaro.

* Correspondencia: michelle_ruiz@anahuac.mx

1. El primer nivel de atención olvidado

Durante una epidemia, pandemia o crisis sanitaria, la atención mundial y el financiamiento suelen centrarse en los hospitales. Esperamos que contengan la crisis, atiendan a los pacientes más graves y eviten el colapso del sistema de salud. No obstante, cuando un paciente requiere ventilación mecánica o ingresa a una unidad de cuidados intensivos (UCI), el sistema de salud ya ha fracasado. Como médicos en formación, la pregunta es: ¿Por qué seguimos concentrando nuestros esfuerzos en atender la enfermedad una vez propagada cuando podríamos fortalecer lo que definió y promovió la Declaración de Alma-Ata? La verdadera defensa frente a las enfermedades emergentes no comienza en una unidad de cuidados intensivos, sino en la Atención Primaria para la Salud (APS) [1].

La Organización Mundial de la Salud define la APS como un enfoque para mejorar la salud y el bienestar [2]. A pesar de ello, su papel continúa siendo subestimado en la preparación frente a enfermedades emergentes y reemergentes. En 2020, un enemigo invisible, COVID-19, nos encerró en casa y cambió la historia. No solo vimos hospitales saturados y desabasto de medicamentos, sino que también quedó en evidencia que habíamos relegado a la APS a un papel secundario, cuando en realidad debía ser el primer escudo frente a una amenaza epidemiológica.

La crisis no comenzó cuando se saturaron las unidades de cuidados intensivos, sino cuando se perdió la oportunidad de contener la transmisión desde la comunidad.

2. El verdadero valor de detectar a tiempo

Las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes representan desafíos para la salud pública, lo que genera costos significativos para el sistema de salud. El 60.3 % de estas enfermedades son causadas por patógenos zoonóticos [3]. Este fenómeno refleja el desequilibrio que hemos generado en la relación con nuestro entorno. Por ello, la comunidad científica internacional coincide en que la preparación frente a pandemias requiere adoptar un enfoque *One Health* (Una Sola

Salud); este enfoque reconoce la interdependencia entre la salud humana, animal y ambiental, y promueve acciones coordinadas entre estos tres ámbitos [4].

Toda infección inicia con un primer caso, el famoso "paciente 0" llamado coloquialmente, como muchas veces escuchamos en las películas. Ese paciente rara vez llega directamente a un hospital de alta especialidad; generalmente consulta primero en una unidad de primer nivel por síntomas inespecíficos como fiebre, tos, dolor o diarrea. Es ahí donde un profesional de la salud capacitado puede reconocer patrones inusuales y activar los sistemas de vigilancia epidemiológica [5].

La historia demuestra que las victorias en salud pública, como la erradicación de la viruela, el control de la poliomielitis o el tratamiento eficaz de la tuberculosis, no se lograron únicamente gracias a los avances médicos, sino también mediante una atención primaria sólida, capaz de acercar la prevención y el tratamiento a la comunidad. Hoy, la APS vuelve a ocupar un papel central en la transformación de los sistemas de salud, al proponer un modelo que trasciende el enfoque exclusivamente centrado en la enfermedad y promueve una visión integral, comunitaria y salutogénica [6].

3. La primera oportunidad para detener un brote

En el sistema de salud mexicano, el diseño de este radar biológico enfrenta un reto estructural: la fragmentación del primer nivel de atención. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSA-NUT) analizados por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), el sector privado absorbe más del 40 % de las consultas ambulatorias en el país, impulsado por un crecimiento de los Consultorios Adyacentes a Farmacias (CAF) [7].

Cuando un paciente presenta los primeros síntomas de una enfermedad emergente, la rapidez y el bajo costo de los consultorios adyacentes a farmacias hacen que muchos pacientes opten por estos servicios en lugar de acudir a la atención pública. Si el médico identifica casos inusuales, pero carece de un canal ágil para notificarlos a la Secretaría de Salud, el brote permanece invisible para la vigilancia epidemiológica nacional. Mientras

los pacientes regresan a sus comunidades, el agente infeccioso continúa propagándose hasta que las complicaciones llegan a los hospitales.

Para revertir esta vulnerabilidad, el sistema de salud debe reorganizarse en redes asistenciales coordinadas, donde el primer nivel de atención asuma verdaderamente su papel como radar biológico. Esta reestructuración permitirá priorizar la vigilancia epidemiológica y la prevención comunitaria antes del colapso de las unidades de cuidados intensivos.

4. Una APS centrada en los activos de la comunidad

Para solucionar esta desconexión, debemos reconstruir la salud pública. Debemos cambiar el modelo actual centrado en contabilizar la enfermedad, las carencias y la dependencia de los servicios hospitalarios de alta especialidad por un "modelo de activos" basado en el enfoque salutogénico [7], donde las comunidades no se definen por sus carencias, sino por sus capacidades para identificar problemas y activar soluciones desde el primer contacto.

La evidencia disponible demuestra que la implementación de plataformas automatizadas basadas en expedientes clínicos electrónicos, como el sistema *Electronic Medical Record Support for Public Health* (ESP), permite extraer y transmitir datos sindrómicos en tiempo real a los departamentos de salud pública sin sobrecargar el flujo de trabajo clínico de los médicos de primer contacto [8]. Asimismo, programas sostenibles desde 2004 en Hamilton, Ontario, confirman que la recolección automatizada de datos sindrómicos por los médicos de familia es una estrategia costo-efectiva y viable para mapear virus comunitarios en tiempo real [9].

5. El rol que se debe asumir para el futuro

Es indispensable fortalecer el primer nivel de atención mediante políticas públicas que prioricen la vigilancia epidemiológica, la infraestructura y los recursos necesarios. De lo contrario, difícilmente podremos avanzar

hacia el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Salud y Bienestar) de la Agenda 2030 si seguimos concentrando la inversión en la atención hospitalaria mientras los entornos comunitarios, donde la gente vive y enferma, permanecen desprotegidos.

Como médicos en formación, nuestro reto es desaprender el sesgo hospitalocéntrico y reconocer que la seguridad sanitaria global comienza en la atención primaria. Para ello, es indispensable impulsar políticas públicas que fortalezcan el primer nivel de atención y lo reconozcan como la primera línea de defensa frente a las enfermedades emergentes, además de ser una alternativa más costo-efectiva y humana.

Referencias

- [1] Franco-Giraldo A. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2015;33(3):414-24.
- [2] Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud; 2025. [citado 14 Jul 2026]. Ginebra: OMS. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.
- [3] Sattar Mohammed F, Valiee S, Fatemi A, Bahman Pour K. Primary Health Care Challenges in Managing Emerging and Re-emerging Infectious Diseases: A Comprehensive Literature Review. *Med J Islam Repub Iran*. 2025;39:71.
- [4] Winkler A, Brux C, Carabin H, et al. The Lancet One Health Commission: harnessing our interconnectedness for equitable, sustainable, and healthy socioecological systems. *Lancet*. 2025;406(10515):501-70.
- [5] Verdasquera Corcho D, González Díaz CM, Rodríguez Boza E, Ramos Valle I. Enfrentamiento a brotes de enfermedades infecciosas en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2014;30(4):356-66.
- [6] Colchero MA, Gómez R, Figueroa JL, Rodríguez-Atristain A, Bautista-Arredondo S. Aumento en la oferta de consultorios adyacentes a farmacias y atención en servicios públicos en México entre 2012 y 2018. *Salud Publica Mex*. 2020;62(6):851-8.
- [7] Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ*. 2007;14(2 Suppl):17-22.
- [8] Klompas M, McVetta J, Lazarus R, Eggleston E, Haney G, Kruskal BA, et al. Integrating clinical practice and public health surveillance using electronic medical record systems. *Am J Public Health*. 2012;102(3 Suppl):S325-32.
- [9] Price D, Chan D, Greaves N. Physician surveillance of influenza: collaboration between primary care and public health. *Can Fam Physician*. 2014;60(1):e7-e15.