Chapter 02 / Capítulo 02

Health 4.0: management, technology, and transformation of the healthcare sector in Latin America (Spanish version)
ISBN: 978-9915-704-08-1
DOI: 10.62486/978-9915-704-08-1.ch02
Pages: 29-48

©2025 The authors. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY) 4.0 License.

Management and innovation in primary care: challenges for Latin American public health

Gestión e innovación en el primer nivel de atención: desafíos de la salud pública latinoamericana

Gina Marcela Mahecha Naranjo[1], Javier Eduardo Sierra Tamara[1], Dario Javier García Martínez[1], Leandro Efraín Álvarez Alucema[2]

[1]Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Colombia.
[2]Universidad del Magdalena, Colombia.

Autor para la correspondencia: Gina Marcela Mahecha Naranjo

ABSTRACT

This chapter examined the dynamics of management and innovation in primary health care (PHC) in Latin America, with the aim of understanding how health governance processes are configured in contexts marked by inequality, fragmentation, and post-pandemic transformations. Through a qualitative and interpretive document review, academic, technical, and regulatory sources published between 2015 and 2025 were analyzed, focusing on issues of primary care, health policies, organizational innovation, and community participation. The analysis identified four recurring structural challenges: precarious infrastructure, staff shortages, territorial inequality, and institutional fragmentation. It also documented innovative responses that integrate digital technologies, interprofessional education, participatory governance, and interculturality as transformative axes of the system. The review showed that the most resilient and equitable models are those that combine social innovation with institutional legitimacy and collaborative processes between state, community, and professional actors. It was concluded that innovation in health should be understood as an ethical, social, and political process, beyond its technological dimension. Strengthening the PNA in the region requires integrated governance that is context-sensitive and oriented toward social justice. The chapter contributes to the construction of a critical Latin American approach to public health system management, proposing analytical frameworks that combine theory, evidence, and experience to promote equity, sustainability, and participation in primary care.

Keywords: Primary Care; Health Innovation; Participatory Governance; Primary Care; Latin America; Health Systems.

RESUMEN

Este capítulo examinó las dinámicas de gestión e innovación en el primer nivel de atención en salud (PNA) en América Latina, con el objetivo de comprender cómo se configuran los procesos de gobernanza sanitaria en contextos marcados por desigualdad, fragmentación y transformaciones pospandemia. A través de una revisión documental cualitativa e interpretativa, se analizaron fuentes académicas, técnicas y normativas publicadas entre 2015 y 2025, enfocadas en temas de atención primaria, políticas de salud, innovación organizacional y participación comunitaria. El análisis permitió identificar cuatro desafíos estructurales recurrentes: infraestructura precaria, escasez de personal, inequidad territorial y fragmentación institucional. Asimismo,

se documentaron respuestas innovadoras que integran tecnologías digitales, educación interprofesional, gobernanza participativa e interculturalidad como ejes transformadores del sistema. La revisión evidenció que los modelos más resilientes y equitativos son aquellos que articulan innovación social con legitimidad institucional y procesos colaborativos entre actores estatales, comunitarios y profesionales. Se concluyó que la innovación en salud debe comprenderse como un proceso ético, social y político, más allá de su dimensión tecnológica. El fortalecimiento del PNA en la región requiere una gobernanza integrada, sensible al contexto y orientada a la justicia social. El capítulo aporta a la construcción de un enfoque crítico y latinoamericano sobre la gestión de sistemas de salud públicos, proponiendo marcos analíticos que articulan teoría, evidencia y experiencia para promover la equidad, sostenibilidad y participación en la atención primaria.

Palabras clave: Primer Nivel de Atención; Innovación en Salud; Gobernanza Participativa; Atención Primaria; América Latina; Sistemas de Salud.

INTRODUCCIÓN

El primer nivel de atención en salud (PNAS) ha sido, desde la Declaración de Alma-Ata en 1978, el eje conceptual y operativo para alcanzar la equidad sanitaria y la cobertura universal en los sistemas de salud de América Latina.[1] Este modelo, centrado en la atención integral, la participación comunitaria y la intersectorialidad, se consolidó como un pilar de las políticas públicas orientadas a la justicia social y la sostenibilidad sanitaria en contextos caracterizados por profundas desigualdades.[2]

Durante las últimas décadas, los países latinoamericanos han transitado por procesos de reforma sanitaria inspirados en los principios de la Atención Primaria de Salud (APS), buscando superar la fragmentación institucional, la escasez de recursos y la concentración hospitalaria que históricamente limitaron la cobertura equitativa de los servicios.[3,4] En la región, experiencias como las de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú han mostrado avances significativos en el fortalecimiento de la APS, pero también evidencian tensiones políticas y estructurales que obstaculizan su consolidación.[5,6]

La innovación en salud, entendida como la capacidad de generar respuestas adaptativas y contextualmente pertinentes, ha emergido como una herramienta esencial para la gestión del PNAS. Esta innovación no solo se traduce en la incorporación de tecnologías o procesos digitales, sino también en la reconfiguración de la gobernanza: el modo en que los distintos actores —Estado, comunidades, profesionales y organizaciones civiles— construyen colectivamente soluciones y decisiones en torno al cuidado.[7,8]

En este marco, la gobernanza en salud se presenta como un proceso social y político que articula intereses, recursos y saberes en un entramado de poder, legitimidad y responsabilidad compartida.[9] Los estudios recientes subrayan que los sistemas más resilientes y equitativos son aquellos que logran combinar innovación gerencial, participación social y fortalecimiento del primer nivel de atención como estrategia estructural.[10,11]

El panorama posterior a la pandemia de COVID-19 ha acentuado la necesidad de repensar el rol del PNAS en América Latina. La crisis sanitaria reveló la fragilidad institucional y la desigualdad territorial, pero también impulsó procesos inéditos de creatividad social, colaboración y digitalización de servicios.[12] En este contexto, la innovación se convierte en un

eje transformador no solo de los sistemas sanitarios, sino también de las formas de gobernar la salud pública en el siglo XXI.[13,14]

El presente capítulo busca comprender, desde un enfoque cualitativo y regional, cómo se configuran las dinámicas de innovación y gobernanza en el primer nivel de atención en América Latina. A través de una revisión interpretativa de literatura científica, informes técnicos y experiencias locales, se analizan los desafíos, aprendizajes y tensiones que atraviesan los procesos de gestión sanitaria contemporáneos. Este análisis pretende aportar a la construcción de un pensamiento crítico latinoamericano sobre la administración e innovación en salud, orientado a la equidad, la participación y la sostenibilidad de los sistemas públicos.

Marco teórico-conceptual

El primer nivel de atención en salud (PNAS) constituye un campo dinámico de interacción entre políticas públicas, prácticas comunitarias y gestión institucional. Su comprensión requiere un abordaje que supere los límites técnicos de la administración sanitaria para reconocer la dimensión política y social que lo sostiene. En América Latina, el PNAS ha sido escenario de tensiones históricas entre la centralización y la descentralización, la universalidad y la exclusión, y más recientemente, entre la gestión tradicional y las nuevas formas de gobernanza e innovación.

El concepto de gobernanza en salud ha adquirido un papel central para analizar los sistemas de atención primaria en la región. Hufty, Báscolo y Bazzani proponen un marco analítico en el que la gobernanza se entiende como un proceso de interacción entre actores, reglas y recursos que orientan la formulación, implementación y control de las políticas sanitarias, destacando su carácter político y relacional más que normativo.[15] Esta perspectiva se aleja de la noción clásica de "gobernabilidad" centrada en la jerarquía, y subraya el papel de la cooperación y el conflicto como fuerzas que configuran la institucionalidad del PNAS.

En un análisis complementario, Rodríguez y Lamothe interpretan la gobernanza como un espacio donde la equidad, la participación y la legitimidad se articulan para sostener los procesos decisionales dentro del sistema de salud.[16] Su aporte teórico, basado en el enfoque de la dualidad estructural de Giddens, permite comprender cómo las estructuras formales (instituciones, normas) y las prácticas sociales (valores, liderazgos, alianzas) coexisten y se transforman mutuamente. Esta visión es especialmente pertinente en América Latina, donde la gobernanza sanitaria se enfrenta al reto de articular diversos actores —Estado, comunidades, sector privado y cooperación internacional— en contextos de desigualdad y fragmentación.

En términos operativos, Báscolo describe tres modos de gobernanza —jerárquico, por incentivos y comunitario— que pueden coexistir dentro del PNAS.[17] La efectividad de estos modos depende de su capacidad para distribuir recursos, regular comportamientos y generar legitimidad social. En la práctica, la gobernanza efectiva del primer nivel requiere combinar autoridad institucional con mecanismos participativos y de corresponsabilidad ciudadana.

Por otra parte, la innovación en salud se ha posicionado como un componente transformador de la gestión y la atención sanitaria. Holzer y Mastroleo proponen una lectura ética y contextual del concepto, en la que la innovación se concibe como una práctica que responde a vacíos regulatorios o técnicos mediante la creación de nuevas formas de cuidado adaptadas a los contextos locales.[18] Este enfoque enfatiza la "innovación responsable", entendida como aquella que, aun en condiciones de incertidumbre, busca mantener principios de equidad, seguridad y

respeto a la autonomía.

En la misma línea, Duque-Paz y Castro-Arroyave destacan la innovación social en salud como un campo emergente que promueve la co-creación entre comunidades, profesionales y gestores, impulsando transformaciones institucionales sostenibles.[19] Según su análisis, las experiencias de innovación social en la región tienden a fortalecer el PNAS al incorporar la voz de los usuarios, fomentar la apropiación comunitaria y mejorar la respuesta del sistema a las desigualdades locales.

Las perspectivas contemporáneas también resaltan la relación entre innovación tecnológica y gobernanza. El informe de la OCDE sobre sistemas sanitarios resilientes en América Latina identifica la innovación tecnológica —particularmente la digitalización y la telemedicina— como una oportunidad para fortalecer la continuidad asistencial y la coordinación entre niveles de atención.[20] Sin embargo, advierte que estas innovaciones solo producen impacto cuando se articulan con políticas públicas coherentes y procesos de formación continua del talento humano.

De manera complementaria, Ccosi Paucar et al. analizan la integración de la tecnología en las políticas de salud latinoamericanas en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), subrayando que la innovación solo adquiere sentido transformador cuando se orienta a la equidad, la accesibilidad y la sostenibilidad institucional.[21] En este sentido, el PNAS no solo representa un nivel operativo del sistema de salud, sino un espacio de innovación social y tecnológica en constante adaptación.

De manera que, la revisión conceptual permite afirmar que el fortalecimiento del PNAS en América Latina requiere comprender la gobernanza y la innovación como procesos interdependientes. La primera aporta los mecanismos de articulación y legitimidad, mientras que la segunda introduce la flexibilidad necesaria para responder a contextos cambiantes. Esta integración es esencial para construir sistemas sanitarios resilientes, participativos y orientados a la justicia social.

MÉTODO

El presente capítulo se sustenta en un enfoque cualitativo de revisión documental, orientado a la comprensión e interpretación de los discursos, prácticas y políticas que configuran la innovación y la gobernanza en el primer nivel de atención en salud en América Latina. Este enfoque se inscribe en la tradición hermenéutica e interpretativa, que concibe el conocimiento como un proceso de construcción de significados más que de verificación empírica.[22]

La revisión se concibió como un proceso reflexivo y analítico, basado en la lectura crítica de fuentes académicas, institucionales y normativas. Este tipo de diseño es adecuado cuando el objetivo no es cuantificar hallazgos, sino comprender la diversidad de perspectivas y la evolución de los enfoques de gestión sanitaria en contextos sociopolíticos complejos.[23,24]

La metodología se desarrolló en tres momentos principales:

a) Exploración y selección de fuentes: se realizó una búsqueda sistemática y narrativa entre los meses de enero y septiembre de 2025. Se consultaron bases académicas como Scielo, RedALyC y Scopus, así como repositorios institucionales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Los criterios de inclusión consideraron documentos

publicados entre 2015 y 2025, en español, portugués e inglés, que abordaran temas de innovación, gobernanza, atención primaria, gestión pública y políticas de salud en América Latina.

b) Lectura comprensiva y categorización temática: siguiendo el método de análisis de contenido cualitativo propuesto por Bardin,[25] se identificaron unidades de significado en cada texto. Posteriormente, estas unidades se organizaron en categorías emergentes relacionadas con los ejes del estudio: desafíos estructurales y humanos, procesos de innovación y adaptación, y gobernanza participativa.

c) Síntesis interpretativa: la información fue integrada mediante un proceso de triangulación teórica y conceptual,[26] que permitió construir una narrativa comparativa sobre las tendencias regionales en la gestión del primer nivel de atención. Este procedimiento buscó garantizar la credibilidad y consistencia analítica, principios fundamentales del rigor cualitativo.[27,28]

El análisis se enmarca en los postulados de la investigación cualitativa aplicada a la salud,[29] donde se reconoce que los fenómenos de gestión sanitaria no pueden reducirse a indicadores cuantitativos, sino que deben ser comprendidos desde la interacción entre actores, instituciones y contextos. Se priorizó la interpretación profunda sobre la frecuencia, la diversidad de voces sobre la homogeneidad, y la coherencia reflexiva sobre la replicabilidad estadística.

La validez de esta revisión se basó en la coherencia interpretativa y la transferibilidad teórica,[30] garantizadas por el uso de múltiples fuentes, la lectura comparativa y la revisión crítica de los textos seleccionados. Así, la metodología adoptada permite una mirada comprehensiva de los procesos de gestión, innovación y gobernanza sanitaria en América Latina, entendidos como expresiones dinámicas y contextuales de los sistemas de salud contemporáneos.

RESULTADOS

Desafíos estructurales y humanos en el primer nivel de atención

La literatura reciente sobre la Atención Primaria o primer nivel de atención (PNA) en América Latina permite identificar una serie de tensiones estructurales y organizativas persistentes, que obstaculizan la consolidación de sistemas de salud equitativos y resilientes. El análisis interpretativo de las fuentes revela cuatro núcleos problemáticos recurrentes: infraestructura precaria, escasez y precariedad del personal, inequidad territorial y poblacional, y fragmentación organizativa y de gobernanza. Estas categorías emergen como dimensiones interrelacionadas, más visibles aún durante la pandemia de COVID-19, que puso en evidencia la fragilidad del primer nivel de atención.[31,32]

Infraestructura precaria

Muchos países latinoamericanos, como Perú, México y Chile, enfrentan infraestructura deficiente en los centros de atención primaria, particularmente en zonas rurales y periurbanas. La pandemia de COVID-19 reveló que los sistemas no eran resilientes: Perú registró una caída del 50 % en casos de cáncer diagnosticados y Chile redujo en más del 50 % los tratamientos de cáncer cervicouterino en 2020.[33]

La falta de inversión en infraestructura digital y física impide ofrecer servicios continuos, dificultando la vigilancia epidemiológica y la atención preventiva.

Diversos estudios coinciden en que la limitada inversión en infraestructura y equipamiento ha condicionado la capacidad de respuesta del primer nivel de atención frente a emergencias

sanitarias y en la prestación cotidiana de servicios. La pandemia acentuó las debilidades estructurales en establecimientos de salud que, en muchos casos, carecen de recursos básicos o de conectividad tecnológica suficiente.[31]

En Chile y Perú, por ejemplo, se han documentado brechas significativas en cobertura de terapias y tratamientos esenciales, que obligan a pagos directos de los usuarios. Estas limitaciones no sólo reflejan déficits de infraestructura —como la disponibilidad de medicamentos y equipamiento—, sino también problemas en la planificación y sostenibilidad financiera de la red sanitaria.[34] Dichas carencias se traducen en demoras, derivaciones innecesarias y discontinuidad en el seguimiento clínico, lo que repercute directamente en la calidad asistencial y en los resultados sanitarios.[31,32,33]

Escasez de personal y condiciones laborales

La insuficiencia y precarización del personal sanitario constituyen uno de los principales cuellos de botella de la PNA en la región. La literatura revisada subraya déficits tanto cuantitativos (falta de profesionales en zonas rurales o periféricas) como cualitativos (formación insuficiente para el trabajo comunitario y multidisciplinario).[32,35] Además, se identifican condiciones laborales adversas —contratos temporales, cargas excesivas y exposición psicosocial— que incrementan el estrés, el ausentismo y la rotación del personal.[36]

Las investigaciones recomiendan promover una educación interprofesional que acerque la formación universitaria a las realidades locales y fortalecer la gestión del talento humano en salud.[35] Casos como el de Villa El Salvador, en Perú, muestran que la demanda de atención, especialmente de mujeres en edad reproductiva, supera con creces la capacidad de los equipos disponibles, generando sobrecarga y desigualdad en la distribución del trabajo.[37]

Inequidad territorial y poblacional

Las inequidades territoriales siguen siendo un obstáculo estructural para el acceso universal a la salud. En países como Perú, Brasil y Chile, los contrastes entre zonas urbanas y rurales se reflejan en diferencias en cobertura, disponibilidad de servicios y prevalencia de enfermedades no atendidas.[38] La literatura sobre salud materna y mental muestra que las mujeres de zonas rurales enfrentan mayores barreras para acceder a atención prenatal o posparto y para recibir tratamiento en casos de depresión.[39]

El acceso a servicios de salud primaria es marcadamente desigual. En un estudio comparativo en Colombia, México, Perú y Uruguay, solo un tercio de los encuestados reportó tener una fuente de atención de alta calidad, con una fuerte correlación entre ingresos altos y mejor atención.[42]

La infraestructura sanitaria insuficiente en zonas rurales, junto con la concentración de especialistas en áreas urbanas, refuerza la brecha social y territorial.[43]

Estas desigualdades refuerzan la exclusión sanitaria y erosionan la función del primer nivel como puerta de entrada universal al sistema. La distancia geográfica, los costos de transporte y la carencia de profesionales en comunidades apartadas contribuyen a una atención fragmentada y descontinuada.[31,33,34]

Fragmentación del sistema y gobernanza

La fragmentación institucional es un rasgo característico de los sistemas de salud latinoamericanos. En muchos países coexisten múltiples subsistemas con regímenes de

financiamiento, normas y coberturas distintas, lo que obstaculiza la coordinación y continuidad asistencial.[40] Durante la pandemia, esta fragmentación se tradujo en fallas en la derivación de pacientes entre niveles y en una gestión desigual de recursos, como se observó en México con la redistribución improvisada de admisiones a centros no COVID-19.[41]

La fragmentación del sistema de salud es uno de los mayores desafíos estructurales. En México, la coexistencia de subsistemas (IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, servicios estatales) produce duplicación de funciones, ineficiencia y desigualdad en la cobertura y calidad.[44]

La literatura también asocia las deficiencias en gobernanza con una cultura organizacional débil en seguridad del paciente, donde la falta de mecanismos de reporte y retroalimentación limita la transparencia y el aprendizaje institucional.[32,33] En este sentido, la fragmentación no sólo debilita la eficiencia administrativa, sino también la capacidad de generar políticas homogéneas y sistemas de información interoperables, condiciones esenciales para la gestión integrada.[32,35,40]

Impacto combinado y respuestas emergentes

Los desafíos descritos interactúan generando efectos acumulativos sobre la calidad del servicio y la gobernanza sanitaria. La falta de equipamiento empuja a los pacientes hacia niveles superiores; la escasez de personal reduce la capacidad resolutiva local; la inequidad territorial limita la cobertura de poblaciones vulnerables; y la fragmentación impide un flujo eficiente entre niveles.[31,32,33]

No obstante, algunas experiencias latinoamericanas muestran respuestas innovadoras. Redes de atención integradas en Chile y programas de salud familiar en Brasil han demostrado mejoras en continuidad asistencial y satisfacción del usuario.[34,35] Estas estrategias, centradas en la colaboración interinstitucional y la gestión comunitaria, refuerzan la idea de que la innovación organizativa y la gobernanza participativa son pilares para un primer nivel más fuerte y equitativo.[32,33,35]

Implicaciones y líneas de acción

El análisis cualitativo sugiere varias líneas prioritarias para la región:

a) incrementar la inversión en infraestructura y cadenas logísticas esenciales;[31,34]

b) fortalecer la formación interprofesional y mejorar las condiciones laborales del personal sanitario;[32,35,36]

c) implementar políticas activas de equidad territorial y poblacional que reduzcan barreras estructurales;[38,39] y

d) promover modelos de gobernanza integrada que favorezcan la coordinación entre niveles de atención y la transparencia institucional.[32,35,40]

Estas recomendaciones se alinean con la evidencia que asocia la gobernanza efectiva con mejores resultados clínicos y mayor resiliencia institucional frente a crisis sanitarias.[32,33]

Innovación y adaptación en los sistemas de salud

La Región de América Latina y el Caribe exhibe una notable diversidad en sus modelos de organización sanitaria, lo que se traduce en una heterogeneidad de estrategias de innovación y adaptación orientadas a mejorar la calidad, la cobertura y la resiliencia de los servicios. Estas innovaciones trascienden el ámbito tecnológico e incorporan dimensiones organizacionales, sociales y culturales, donde la AP), la formación del talento humano y la participación

comunitaria se consolidan como ejes de transformación.[42,43,44,45]

Telemedicina y gestión digital: adopción, aportes y límites

Durante la pandemia de COVID-19, la telemedicina se posicionó como una herramienta crucial para sostener la continuidad asistencial. Diversos estudios documentan que las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) facilitaron la educación sanitaria, la coordinación entre niveles y la reorganización de la oferta asistencial, especialmente en contextos de confinamiento y restricciones de movilidad.[46,47,48]

En la APS y la medicina familiar, la teleconsulta permitió reorganizar agendas y priorizar la atención de pacientes vulnerables; sin embargo, la literatura advierte que su implementación debe salvaguardar la atención centrada en la persona, reconociendo los límites éticos y clínicos de la práctica remota.[49,50] Investigaciones sobre teleatención en salud mental infantil y adolescente reportaron percepciones positivas en accesibilidad y calidad percibida, pero también alertaron sobre las brechas de equidad digital en grupos socioeconómicos menos favorecidos.[51]

En paralelo, la digitalización administrativa y la gestión por procesos se identifican como innovaciones organizacionales que fortalecen la eficiencia y la coordinación interservicios.[52,53] En conjunto, las evidencias sugieren que la telemedicina contribuye a la continuidad asistencial y al alcance territorial, aunque su sostenibilidad depende de la integración con políticas de capacitación, infraestructura digital y equidad tecnológica.[46,48,53]

Desarrollo del capital humano y educación profesional como innovación estratégica

La transformación sanitaria latinoamericana demanda una reorientación profunda en la formación del personal de salud. La literatura revisada destaca la educación interprofesional y la capacitación contextualizada como estrategias prioritarias para fortalecer la APS y responder a los desafíos contemporáneos.[44,49,54]

En áreas críticas como la salud mental, la implementación de guías como mhGAP ha enfrentado barreras de recursos humanos y adaptación cultural, lo que evidencia la necesidad de modelos formativos que integren contenidos prácticos y socioculturales.[55,49] Por otro lado, la incorporación de la salud ambiental y territorial en los currículos de enfermería refleja la expansión del perfil profesional hacia competencias relacionadas con la salud planetaria y la gestión en contextos de crisis socioecológica.[56]

Asimismo, la literatura sobre brotes epidémicos y vacunación resalta la importancia de programas de formación continua y fortalecimiento de capacidades epidemiológicas para enfrentar emergencias sanitarias.[57,58] En suma, la innovación educativa —centrada en la interprofesionalidad, la pertinencia contextual y la actualización permanente— constituye una palanca estratégica de sostenibilidad institucional.[49,56]

La participación comunitaria emerge como una de las innovaciones más consistentes y transformadoras de los sistemas de salud latinoamericanos. Se reconoce que la gobernanza participativa y el empoderamiento social mejoran la efectividad de las intervenciones sanitarias, desde campañas de vacunación hasta programas de control vectorial.[45,59]

Experiencias como las Mesas de Salud de Moravia (Medellín) o los liderazgos migrantes en redes de atención primaria ilustran cómo la sistematización de prácticas participativas fortalece

la confianza, la legitimidad institucional y la resiliencia local.[60,61] No obstante, persisten barreras culturales y lingüísticas que afectan a comunidades indígenas y rurales, demandando políticas de interculturalidad sanitaria y formación en competencias culturales para el personal de salud.[62,63]

En enfermedades como Chagas, el desajuste entre las políticas biomédicas y los saberes locales subraya la necesidad de enfoques transdisciplinarios que integren educación, comunicación y participación comunitaria.[64] De igual modo, la resistencia social frente a programas de vacunación —motivada por desconfianza y desinformación— muestra que la innovación sanitaria debe acompañarse de estrategias de diálogo y comunicación culturalmente sensibles.[58,65]

Estas experiencias demuestran que la innovación social y cultural, sustentada en la educación popular, el diálogo intercultural y la co-producción de saberes, es tan decisiva como la innovación tecnológica para alcanzar impacto poblacional.[45,63]

Innovación organizacional y gobernanza: descentralización, procesos y bioética

La región ha desarrollado también innovaciones organizacionales centradas en la gestión por procesos, la descentralización funcional y la inclusión de la bioética como principios de legitimidad institucional. Estudios sobre gestión por procesos destacan mejoras en eficiencia y trazabilidad cuando las reformas se ajustan al contexto y las capacidades locales.[52]

Sin embargo, los procesos de descentralización han mostrado tensiones: mientras los municipios asumen responsabilidades operativas, los niveles centrales mantienen el control fiscal y normativo, generando desalineaciones y riesgos de fragmentación.[66,67] Paralelamente, la incorporación de la bioética pública y la participación social como pilares de la gobernanza busca redefinir la relación Estado-ciudadanía, fomentando una salud pública deliberativa y corresponsable.[68,67]

La evidencia analizada permite afirmar que la innovación sanitaria en América Latina es multidimensional e interdependiente. La telemedicina y la gestión digital amplían coberturas, pero requieren acompañamiento en formación, organización y equidad digital. La educación profesional contextualizada garantiza sostenibilidad; la participación comunitaria e interculturalidad aportan legitimidad social; y la gestión organizacional y ética consolida la confianza institucional.[46,49,52,60,63]

Las orientaciones derivadas de la revisión son:

- Implementar tecnologías acompañadas de protocolos organizativos y formación continua que aseguren calidad clínica y equidad digital.[46,52]
- Fortalecer la educación comunitaria e interculturalidad para promover confianza y aceptación de intervenciones sanitarias.[58,64,63]
- Consolidar la gestión por procesos y la gobernanza territorial con mecanismos de diálogo intergubernamental, evitando la fragmentación por descentralización mal planificada.[52,66,67]
- Institucionalizar espacios de participación deliberativa y promotores comunitarios que vinculen los servicios de salud con los saberes y trayectorias locales.[59,60,61]

La experiencia latinoamericana muestra que la innovación efectiva no reside únicamente en las tecnologías, sino en la integración equilibrada de dimensiones técnicas, humanas y culturales.[42,44,60,63,68]

Gobernanza participativa y liderazgo público

La gobernanza participativa en los sistemas de salud latinoamericanos se concibe como un entramado de relaciones entre actores públicos, profesionales y comunitarios que buscan deliberar y decidir de manera compartida sobre políticas, prioridades y estrategias sanitarias. Este enfoque trasciende los modelos jerárquicos tradicionales, orientándose hacia procesos colaborativos y horizontales donde los problemas públicos se definen colectivamente y las soluciones se diseñan e implementan mediante la interacción entre sectores, disciplinas y niveles de gobierno.[68,69,70,71,72] En este marco, la intersectorialidad y las políticas de Salud en Todas las Políticas (HiAP) constituyen expresiones institucionalizadas de gobernanza participativa, ancladas en los principios de la Atención Primaria de Salud y en la tradición de Alma-Ata.[70]

La literatura destaca que este tipo de gobernanza reconfigura el liderazgo público: los líderes ya no actúan como figuras de control unidireccional, sino como facilitadores, mediadores y articuladores de intereses diversos. Durante la pandemia, los liderazgos más efectivos fueron aquellos capaces de convocar actores múltiples, integrar evidencias científicas, gestionar capacidades clínicas y promover apoyo social a poblaciones vulnerables.[69,70,73] Los marcos de Health-in-All-Policies demandan de los líderes con habilidades para navegar límites institucionales, negociar recursos, traducir evidencia en acción política y sostener arreglos intersectoriales a largo plazo.[70,71] Experiencias como el Latin American Brain Health Institute, que articula redes de investigación y formación para enfrentar la demencia en la región, muestran un liderazgo catalizador, cooperativo y orientado a la creación de capacidades más que al control jerárquico.[72]

En los procesos de toma de decisiones compartidas, las fuentes revisadas identifican diversos mecanismos complementarios. Las plataformas multisectoriales creadas durante la pandemia, integradas por ministerios, universidades, agencias internacionales y sociedad civil, ejemplifican espacios de co-producción de guías clínicas y estrategias sociales.[69] Las políticas de Salud en Todas las Políticas (HiAP) institucionalizan diálogos interministeriales que incorporan determinantes sociales de la salud en la planificación sectorial.[70] La vigilancia integrada de enfoque One Health amplía la colaboración entre salud humana, animal y ambiental, reforzando la coordinación transnacional frente a zoonosis y amenazas ambientales.[71] Además, foros profesionales como el Foro de Regulación de la Práctica de Enfermería de las Américas (2023)institucionalizan diálogos entre ministerios, asociaciones profesionales y sociedad civil, mostrando formas de regulación participativa y construcción de consenso.[74] A nivel local, las colaboraciones intersectoriales rurales promueven la cogestión de proyectos productivos y de salud pública, integrando gobiernos locales, organizaciones comunitarias y actores privados en diseños adaptados al territorio.[75]

Estos modelos descentralizados se expresan en múltiples ejemplos concretos: las respuestas multisectoriales al COVID-19 en distintos países de la región; las iniciativas HiAP que incorporan salud en agendas de vivienda o transporte; los sistemas integrados de vigilancia One Health en doce países latinoamericanos; el Instituto Latinoamericano de Salud Cerebral como red regional de cooperación científica; y los foros regionales de regulación profesional, todos ellos basados en liderazgo distribuido y cooperación interinstitucional.[69,70,71,72,73,74,75] A estos se suman experiencias de gobernanza en emprendimientos rurales intersectoriales y de reducción del riesgo de desastres, donde la coordinación entre niveles subnacionales ha fortalecido la gestión local y la planificación resiliente.[76]

El análisis comparado sugiere que la legitimidad y sostenibilidad de las políticas de

salud dependen de la calidad de los procesos de gobernanza. Cuando las colaboraciones intersectoriales se institucionalizan —es decir, cuando dejan de ser respuestas ad hoc y se incorporan a rutinas administrativas—, se fortalecen la rendición de cuentas, la continuidad y la durabilidad de las políticas.[69,70] La transparencia y el intercambio de evidencia entre sectores aumentan la aceptación social y profesional, dotando de base factual y legitimidad normativa a las decisiones.[69,71] La formación de capacidades regionales y locales, como en las iniciativas de investigación o vigilancia integrada, genera apropiación y sostenibilidad.[71,72] Asimismo, la inclusión de actores diversos —ministerios, gremios, asociaciones profesionales y ciudadanía— amplía la representación y refuerza la legitimidad normativa de las decisiones, mientras que la fragmentación institucional o la falta de financiamiento socavan la coherencia y continuidad de las políticas.

Bajo estos aportes, la gobernanza participativa en América Latina y el Caribe transforma la gestión pública en un liderazgo en red, que articula ciencia, instituciones y comunidades. Su eficacia y legitimidad derivan no sólo de la inclusión formal, sino de la capacidad de generar diálogo, transparencia, equidad y coherencia financiera. La sostenibilidad de las políticas de salud, por tanto, está estrechamente vinculada con el grado de institucionalización, participación y equidad que alcancen los arreglos de gobernanza intersectorial.[69,70,71,72]

DISCUSIÓN

El análisis realizado en este capítulo evidencia que el fortalecimiento del PNA en América Latina no puede desvincularse de un enfoque sistémico e intersectorial, donde la gobernanza y la innovación actúan como ejes estructurales para la transformación de los sistemas de salud. La revisión permitió identificar tensiones persistentes —como la precariedad estructural, la inequidad territorial y la fragmentación institucional— que limitan la capacidad del PNA para operar como puerta de entrada efectiva, resolutiva y equitativa al sistema sanitario. Estos desafíos, aunque ya documentados antes de la pandemia, adquirieron una visibilidad y una urgencia renovadas a partir de la crisis de la COVID-19, que expuso las debilidades acumuladas de los sistemas de atención primaria.

En coherencia con estudios previos,[8,12] los hallazgos reafirman que la inversión en infraestructura, la formación del talento humano y la articulación interinstitucional son condiciones necesarias pero no suficientes. La evidencia revisada sugiere que es en la integración efectiva de estas dimensiones donde se juega la resiliencia del PNA. En este sentido, la innovación en salud debe entenderse más allá de la dimensión tecnológica: como un proceso social y cultural orientado a generar respuestas contextualmente pertinentes, sostenibles y éticamente fundamentadas.[18,19]

Asimismo, se observa que los sistemas más adaptativos son aquellos que promueven modelos de gobernanza participativa, descentralizada y basada en la corresponsabilidad. La gobernanza ya no puede reducirse a la gestión vertical del Estado, sino que debe incorporar marcos deliberativos que integren actores comunitarios, profesionales y sectoriales en procesos de toma de decisiones compartidas. Tal como muestran las experiencias de las Mesas de Salud en Colombia o los programas de salud familiar en Brasil, la participación social no solo fortalece la legitimidad institucional, sino que también amplía la capacidad de respuesta ante necesidades locales y emergentes.[45,61]

Un hallazgo clave es la coexistencia de modalidades múltiples de gobernanza (jerárquica, por incentivos, comunitaria), cuya efectividad depende del grado de articulación institucional

y del reconocimiento de las prácticas locales. Las formas híbridas de gestión aparecen como una característica distintiva de los sistemas latinoamericanos, lo que exige enfoques analíticos sensibles a la diversidad de arreglos institucionales, culturales y territoriales.[15,17]

Por otro lado, la revisión también advierte sobre los riesgos de la "innovación sin equidad", en especial en el ámbito de la telemedicina y la digitalización. Si bien estas herramientas han demostrado ser eficaces para ampliar coberturas y sostener la atención en contextos críticos, su implementación desarticulada o sin enfoque de justicia digital puede reforzar brechas ya existentes, como ocurre en comunidades rurales o indígenas con baja conectividad o alfabetización tecnológica.[46,62]

Esto refuerza la necesidad de políticas que vinculen la innovación tecnológica con procesos de formación continua, infraestructura equitativa y adecuación sociocultural. Finalmente, el capítulo aporta al debate actual sobre la necesidad de construir marcos conceptuales y operativos propios de la región. La experiencia latinoamericana demuestra que la innovación efectiva no se logra mediante la importación acrítica de modelos externos, sino mediante la co-construcción de soluciones con base en los saberes locales, el diálogo intercultural y la institucionalización de prácticas participativas. En este sentido, los hallazgos respaldan la idea de que la gobernanza en salud debe ser vista como una construcción política situada, en la que el liderazgo no se ejerce desde la imposición, sino desde la facilitación de procesos colaborativos orientados al bien común.[45,68]

CONCLUSIONES

El presente capítulo tuvo como propósito comprender, desde un enfoque cualitativo e interpretativo, cómo se configuran las dinámicas de innovación y gobernanza en el primer nivel de atención en salud en América Latina. A través de una revisión crítica de literatura académica, informes técnicos y experiencias regionales, se analizaron los desafíos estructurales, las tensiones organizativas y las respuestas adaptativas que atraviesan los procesos de gestión en el contexto sanitario pospandemia. Esta aproximación permitió identificar patrones comunes y experiencias emergentes que aportan a una comprensión más profunda y situada del fortalecimiento de la atención primaria como eje estratégico para la equidad y la sostenibilidad de los sistemas de salud.

Los hallazgos muestran que persisten obstáculos estructurales significativos que limitan la consolidación del PNA, tales como la precariedad de la infraestructura, la escasez de personal capacitado, la fragmentación institucional y las inequidades territoriales.[31,32,33,34,40,43] Estos factores interactúan de manera acumulativa, debilitando la capacidad resolutiva del primer nivel y aumentando las brechas en el acceso y la calidad de la atención. Sin embargo, también se identificaron prácticas innovadoras que, desde una perspectiva organizativa, social y tecnológica, han contribuido a mejorar la resiliencia del sistema, destacando la importancia de enfoques integrados y participativos.[46,52,59]

Se concluye que la innovación en salud debe ser entendida como un proceso multidimensional que incluye no solo herramientas tecnológicas, sino también transformaciones en los modos de gobernar, formar talento humano y relacionarse con las comunidades.[18,19,20,56,63] La experiencia latinoamericana demuestra que las estrategias más efectivas son aquellas que integran la participación social, la interculturalidad, la educación interprofesional y la gestión por procesos, con una perspectiva ética y contextualizada. Estos elementos son claves para avanzar hacia una gobernanza sanitaria que articule legitimidad institucional, equidad social y capacidad de

adaptación frente a crisis presentes y futuras.[19,45,68]

Finalmente, el fortalecimiento del primer nivel de atención en la región exige la institucionalización de mecanismos de gobernanza colaborativa e intersectorial, con liderazgo distribuido, financiamiento sostenido y generación de capacidades locales.[69,70,71,72] La sostenibilidad de estas transformaciones dependerá de la capacidad de los sistemas de salud para integrar la innovación con justicia social, reconociendo los saberes comunitarios y superando los enfoques verticales y fragmentados. Este capítulo contribuye a esa reflexión, proponiendo un marco de análisis que articula teoría, evidencia y experiencia regional para avanzar hacia sistemas de salud más justos, participativos y resilientes en América Latina.

REFERENCIAS

1. Muller F. Primary health care programs in Latin America. Rev Sanid Hig Publica. 1980;54(11-12):1277-1289. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7348353/

2. Ghavamabad LH, Vosoogh-Moghaddam A, Zaboli R, Aarabi M. Establishing clinical governance model in primary health care: a systematic review. J Educ Health Promot. 2021;10:338. doi:10.4103/jehp.jehp_1299_20

3. Yavich N, Báscolo E. Current primary health care practices and research challenges in Latin America. Fam Pract. 2016;33(3):205-206. https://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmw032

4. Rojas-Torres I, Gil Herrera RJ. Main challenges of primary health care in five Latin American countries. J Health Manag. 2023;25(4). https://dx.doi.org/10.1177/09720634231196950

5. Maceira D, Quintero REP, Suarez P, et al. Primary health care as a tool to promote equity and sustainability: a review of Latin American and Caribbean literature. Int J Equity Health. 2024;23:91. https://doi.org/10.1186/s12939-024-02149-9

6. Moncayo AL, Cavalcanti D, Ordoñez JA, et al. Can primary health care mitigate the effects of economic crises on child health in Latin America? Lancet Glob Health. 2024;12:e938-e946. https://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00094-9

7. Duque-Paz LF, Castro-Arroyave D. Identification of social innovation in health criteria in Latin America. BMJ Open. 2022;12:e063205. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063205

8. Almeida PFD, Giovanella L, Schenkman S, Franco CM, Duarte PO, Houghton N, et al. Perspectives for primary health care public policy in South America. Cien Saude Colet. 2024;29:e03792024. https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.03792024EN

9. Ruano AL, Rodríguez D, Gaitán Rossi P, Maceira D. Understanding inequities in health and health systems in Latin America and the Caribbean. Int J Equity Health. 2021;20. https://doi.org/10.1186/s12939-021-01426-1

10. Gómez JFS, Uribe MM. Aproximaciones epistemológicas a la salud mental comunitaria e intersecciones con la fisioterapia. J Physiother Ment Health. 2025;2(1):96-106. https://doi.org/10.70205/jptmh.v2i1.8599

11. Holzer F, Mastroleo I. Innovative care in Latin America: definition, justification and

ethical principles. In: Controversies in Latin American Bioethics. Springer; 2019. https://doi.org/10.1007/978-3-030-17963-2_9

12. Massuda A, Titton CMS, Poli P. Remembering Alma-Ata: challenges and innovations in primary health care in a middle-income city in Latin America. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:157. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.157

13. Báscolo E, Yavich N, Denis JL. Analysis of the enablers of capacities to produce primary health care-based reforms in Latin America: a multiple case study. Fam Pract. 2016;33:207-218. https://doi.org/10.1093/fampra/cmw038

14. Rojas Torres I, Gil Herrera RJ. Estrategias de atención primaria en salud en cinco países latinoamericanos. 2021. http://doi.org/10.5281/zenodo.5752275

15. Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. Cad Saude Publica. 2006;22(Suppl):S35-S45. doi:10.1590/S0102-311X2006001300013

16. Rodríguez C, Lamothe L, Barten F, Haggerty J. Governance and health: meaning and implications in Latin America. Rev Salud Publica (Bogota). 2010;12(Suppl 1):151-159. doi:10.1590/S0124-00642010000700011

17. Báscolo E. Governance of primary health-care-based health-care organization. Rev Salud Publica (Bogota). 2010;12(Suppl 1):8-27. doi:10.1590/S0124-00642010000700002

18. Organisation for Economic Co-operation and Development. Primary health care for resilient health systems in Latin America. OECD Health Policy Studies. 2022. doi:10.1787/743e6228-en

19. Ccosi Paucar DR, Ccosi Paucar GV, Ccosi Paucar EW, Ccosi Paucar HZ, Medina Sotelo CG. Innovation and technology in health: current perspectives from Latin American public policies and the SDGs. J Lifestyle SDGs Rev. 2024;5(1):e04090. doi:10.47172/2965-730x.sdgsreview.v5.n01.pe04090

20. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. 3a ed. Madrid: Morata; 2015.

21. Creswell JW, Poth CN. Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches. 4th ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2018.

22. Hernández-Sampieri R, Mendoza Torres C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 7a ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2021.

23. Bardin L. Análisis de contenido. 4a ed. Madrid: Akal; 2020.

24. Denzin NK, Lincoln YS. The SAGE handbook of qualitative research. 5th ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2018.

25. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage; 1994. p. 105-117.

26. Morse JM. Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry. Qual Health Res. 2015;25(9):1212-1222.

27. Minayo MCS. El desafío del conocimiento: investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2017.

28. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? Res Nurs Health. 2000;23(4):334-340.

29. Valencia-Contrera M, Süazo S. El valor relegado de la atención primaria durante la pandemia COVID-19: una de enfermería. Rev Salud Publica (Bogota). 2022;24(3):1-5. https://doi.org/10.15446/rsap.v24n3.97270

30. Fortuna C, Dias B, Laüs A, Mishima S, Cassiani S. Educación interprofesional en salud en la Región de las Américas desde la perspectiva de la enfermería. Rev Panam Salud Publica. 2022;46:1. https://doi.org/10.26633/rpsp.2022.69

31. Oliveira G, Almeida M, Artucio C, Espíndola L, Rivera M, Filho A, et al. Brazilian guideline on menopausal cardiovascular health – 2024. Rev Bras Ginecol Obstet. 2024;46. https://doi.org/10.61622/rbgo/2024rbgo100

32. Fajardo C, Belzu M, Benitez M, Hoyos Á, Patiño R, Monterrosa L, et al. Therapeutic hypothermia success for hypoxic-ischaemic encephalopathy in Latin America: eight-year experience in EpicLatino neonatal network. Acta Paediatr. 2024;114(5):922-928. https://doi.org/10.1111/apa.17504

33. López E, Cabrera R, Lecaros C. Targeted therapy for immune mediated skin diseases: what should a dermatologist know? An Bras Dermatol. 2024;99(4):546-567. https://doi.org/10.1016/j.abd.2023.10.002

34. Lucca S, Silva-Júnior J, Bandini M. Critical analysis of psychosocial factors at work within the risk management program of regulatory standard-1. Rev Bras Med Trab. 2025;23(1):1-8. https://doi.org/10.47626/1679-4435-2025-1425

35. Guevara Tirado A. Frecuencia de atenciones realizadas en el servicio de medicina general, según sexo, en el distrito de Villa El Salvador, Lima-Perú. Horiz Med (Lima). 2022;22(2):e1586. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2022000200010&script=sci_abstract

36. Ceriani L, Lopez-Calva LF, Restrepo-Oyola SD. Territorial inequalities. 2025. https://openknowledge.worldbank.org/bitstreams/f78f5367-16f5-40d8-9ba0-bf7c46f45050/download

37. Rivas LMA, Merelo OLÁ. Gestión administrativa: desafíos en la salud pública. Cienc Lat Rev Cient Multidiscip. 2025;9(3):2749-2757. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i3.17900

38. Lipa-Tudela F. Abordaje de las características y la depresión posparto en puérperas del altiplano peruano. 2024:464-477. https://doi.org/10.35622/inudi.c.02.26

39. Ladera-Castañeda M, Sotelo C. Oral health in Latin America: a view from public policies. Salud Cienc Tecnol. 2023;3:340. https://doi.org/10.56294/saludcyt2023340

40. Betancurth-Loaiza DP, Vélez-Álvarez C, Sánchez-Palacio N, Jaramillo-Ángel CP. Atención primaria social en Colombia: una mirada desde una experiencia exitosa. Salud UIS. 2022;54. https://doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22016

41. Kujawa H, Pinto R, Leles F, Machado F. Participação em saúde como elemento indissociável para o fortalecimento dos sistemas de atenção à saúde nas Américas. Rev Panam Salud Publica. 2023;47:1. https://doi.org/10.26633/rpsp.2023.109

42. Solarte Portilla ALS, Sanchez KA, Diaz YMA, López HMH. Aproximación general a la gestión por procesos en los servicios de salud en Latinoamérica: una revisión bibliográfica. Informes Psicol. 2024;24(1):69-89. https://doi.org/10.18566/infpsic.v24n1a05

43. Tavera Vilchis MA. Telemedicina… ¿la revolución de la consulta del médico familiar? Arch Med Fam. 2024;26(6):311-314. https://doi.org/10.62514/amf.v26i6.103

44. Suaza Cetina MA, Corredor Camargo AM, Mojica Figueroa AM. Innovación digital en salud: un desafío para la dirección estratégica en la era post-COVID-19. 2024. https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/areandina/5991/1/Trabajo%20%20de%20%20Grado.pdf

45. Guedes H, Júnior J, Januário D, Trigueiro D, Leadebal O, Barrêto A. Tecnologías de la información como apoyo organizacional para luchar contra el COVID-19: el discurso de los enfermeros. Rev Lat Am Enfermagem. 2023;31. https://doi.org/10.1590/1518-8345.6202.3854

46. Puertas EB, Sotelo JM, Ramos G. Liderazgo y gestión estratégica en sistemas de salud basados en atención primaria de salud. Rev Panam Salud Publica. 2020;44. https://iris.paho.org/handle/10665.2/52895

47. Kyerematenga R, Lynch M, Pinzón-Segura M, Osei-Bonsu A, Fortmann J, Wood D. What the children tell us: the COVID-19 pandemic and how the world should respond. BMJ Paediatr Open. 2022;6(1):e001481. https://doi.org/10.1136/bmjpo-2022-001481

48. Cuba Diaz AE, Cardenas Condori CR. Transformación digital y gestión financiera en la administración hospitalaria en una institución pública de salud, 2023. Dilemas Contemp Educ Polit Valores. 2024. https://doi.org/10.46377/dilemas.v11i2.4028

49. Agudelo-Hernández F, Plata-Casas L, Vélez-Botero H, Vieira L, Mayorga B. Programa de acción para superar las brechas en salud mental: un modelo teórico de las barreras de implementación desde el personal de salud en Chocó, Colombia. Rev Panam Salud Publica. 2024;48:1. https://doi.org/10.26633/rpsp.2024.49

50. Véliz-Rojas L, González-Geraldo A, Torres A, Carvajal M, Arancibia C, Vivanco C. Una propuesta para incorporar el fenómeno de crisis ambiental global en la formación profesional de pregrado en enfermería. Cienc Enferm. 2023;29. https://doi.org/10.29393/ce29-13uplc60013

51. Rodríguez-Morales A, Lopardo G, Verbanaz S, Orduña T, Lloveras S, Azeñas-Burgoa J, et al. Latin America: situation and preparedness facing the multi-country human monkeypox outbreak. Lancet Reg Health Am. 2022;13:100318. https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100318

52. Alarcón-Braga E, Hernández-Bustamante E, Salazar-Valdivia F, Valdez-Cornejo V,

Mosquera-Rojas M, Ulloque-Badaracco J, et al. Acceptance towards COVID-19 vaccination in Latin America and the Caribbean: a systematic review and meta-analysis. Travel Med Infect Dis. 2022;49:102369. https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2022.102369

53. Machado F, Rech C, Pinto R, Romão W, Matias M, Freitas G, et al. Participación en salud en las Américas: mapeo bibliométrico de producción, impacto, visibilidad y colaboración. Cien Saude Colet. 2023;28(2):487-500. https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.11412022esp

54. Molina P, Cerda R, Rojas D, Véjar L, Gálvez P. 'Un nexo, un poco de todo': perspectivas sobre la práctica del promotor comunitario de salud en Chile. Glob Health Promot. 2022;29(4):150-160. https://doi.org/10.1177/17579759221076583

55. Ordoñez L, Niño-Gutiérrez E, Casanova M, Campo F, Rodríguez A, Robayo D. Participación y empoderamiento comunitario en la atención primaria en salud en América Latina: revisión sistemática exploratoria. Rev Panam Salud Publica. 2024;48:1. https://doi.org/10.26633/rpsp.2024.135

56. Restrepo Villa RO, Gómez Builes GM. Participación comunitaria en salud: sistematización de las experiencias de la Mesa en Salud de Moravia, Medellín 2017-2021. Rev Fac Nac Salud Publica. 2022;41(1):e348891. https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e348891

57. Paredes Haro HD, Quezada AEG, Segura COT. Desafíos en el acceso a servicios de salud en comunidades indígenas de Chimborazo: análisis de barreras y posibles soluciones. VitalyScience Rev Cient Multidiscip. 2025;3(7):45-54. https://doi.org/10.56519/qykcww80

58. Villasana López PE, García Gualda SM. Política de salud intercultural de Chile y Argentina: análisis crítico a partir del Convenio 169 de la OIT. Religacion. 2024;9(43):e2401327. https://doi.org/10.46652/rgn.v9i43.1327

59. Aké-Chan M, Sanmartino M, Castillo-Burguete M, Martínez A, Ibarra-Cerdeña C. (In) coherence between Chagas disease policy and the experiences of those affected in Mexico: the need for a transdisciplinary approach. PLoS Negl Trop Dis. 2025;19(5):e0013052. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0013052

60. Hernández-Silva C, Ramírez-de-Arellano A, Pereira-Suárez A, Ramírez-López I. HPV and cervical cancer: molecular and immunological aspects, epidemiology and effect of vaccination in Latin American women. Viruses. 2024;16(3):327. https://doi.org/10.3390/v16030327

61. Sukhampha R. Promise or peril? 'Devolution as modality' for decentralisation in primary healthcare in Thailand. 2024:64-86. https://doi.org/10.56687/9781447373605-007

62. Mella P, Narváez C. Análisis del sistema de salud chileno y su estructura en la participación social. Saude Debate. 2022;46(spe4):94-106. https://doi.org/10.1590/0103-11042022e407

63. Guerrero-Nancuante C, Sánchez N. Participación social en el sistema de salud de Chile: aportes reflexivos desde la bioética. Salud Colect. 2023;19:e4486. https://doi.org/10.18294/sc.2023.4486

64. Haldane V, Morales-Vazquez M, Jamieson M, Veillard J, Marchildon GP, Allin S. Learning

from the first wave of the COVID-19 pandemic: comparing policy responses in Uruguay with 10 other Latin American and Caribbean countries. Health Policy Open. 2022;3:100081. https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2022.100081

65. Simeon D, Cuba V, Hunte S, Barker K, Habich M. Intersectoral collaboration in the COVID-19 response in Latin America and the Caribbean. Int J Equity Health. 2024;23(1). https://doi.org/10.1186/s12939-024-02233-0

66. Escobar Díaz FA, Rodriguez Corredor ZA. Salud en todas las políticas e intersectorialidad en América Latina y el Caribe, 2011-2021: revisión de alcance. Rev Salud Publica (Cordoba). 2023;29(2). https://doi.org/10.31052/1853.1180.v29.n2.42180

67. Rodríguez A, Couto P, Acevedo A, Herrera B, Astudillo O, Avaro M, et al. Strengthening the surveillance and response to public health events with a one health approach: a perspective from 12 countries in Latin America and the Caribbean. J Infect Dis. 2025;231(Suppl 2):S108-S113. https://doi.org/10.1093/infdis/jiae629

68. Duran-Aniotz C, Sanhueza J, Grinberg L, Slachevsky A, Valcour V, Robertson I, et al. The Latin American Brain Health Institute, a regional initiative to reduce the scale and impact of dementia. Alzheimers Dement. 2022;18(9):1696-1698. https://doi.org/10.1002/alz.12710

69. Pineo R. The young democracies of Latin America and the Caribbean. J Dev Soc. 2024;40(2):127-149. https://doi.org/10.1177/0169796X241253312

70. Cassiani SHDB, Dias BM, Durães MD, Almeida BG, Palha PF, Ventura CAA, Gir E, et al. Final report from the forum on nursing practice regulation in the Region of the Americas March 15-16, 2023. Enferm Foco. 2023;14(S1):e-202301ESP1. https://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v14.e-202301ESP12

71. Román-Acosta D. Intersectoral collaboration for the development of rural entrepreneurship in Latin America and the Caribbean. SCT Proc Interdiscip Insights Innov. 2023;1:224. https://doi.org/10.56294/piii2023224

72. Lavell A, Arenas N, Brito-Morales I. Advances and challenges in DRR investment and financing: an analysis in three parts – part I. Introduction and section 1: capitalising on history to address challenges in disaster risk reduction investment and build our common future (a UNDRR–RAR 2024 epilogue). Disaster Prev Manag. 2025;:1-12. https://doi.org/10.1108/DPM-04-2025-0128

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Gina Marcela Mahecha Naranjo, Javier Eduardo Sierra Tamara, Dario Javier García Martínez, Leandro Efraín Álvarez Alucema.

Análisis formal: Gina Marcela Mahecha Naranjo, Javier Eduardo Sierra Tamara, Dario Javier

García Martínez, Leandro Efraín Álvarez Alucema.

Investigación: Gina Marcela Mahecha Naranjo, Javier Eduardo Sierra Tamara, Dario Javier García Martínez, Leandro Efraín Álvarez Alucema.

Metodología: Gina Marcela Mahecha Naranjo, Javier Eduardo Sierra Tamara, Dario Javier García Martínez, Leandro Efraín Álvarez Alucema.

Redacción – borrador original: Gina Marcela Mahecha Naranjo, Javier Eduardo Sierra Tamara, Dario Javier García Martínez, Leandro Efraín Álvarez Alucema.

Redacción – revisión y edición: Gina Marcela Mahecha Naranjo, Javier Eduardo Sierra Tamara, Dario Javier García Martínez, Leandro Efraín Álvarez Alucema.