



V PRE-CONFERENCIA REGIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

MEMORIA

23 y 24 de febrero, 2026

Ciudad del Saber, Panamá

En preparación al IX Simposio Mundial:

“Sistemas de salud orientados hacia el futuro, en un mundo cambiante”.



Contenido

1. PRESENTACIÓN	3
2. TEMA CENTRAL	4
3. EQUIPOS DE TRABAJO Y COLABORADORES PRINCIPALES	5
4. RECONOCIMIENTOS Y AGRADECIMIENTOS.....	7
5. MENSAJES DE BIENVENIDA Y MOTIVACIÓN	8
Palabras del Dr. Jarbas Barbosa, Director OPS	8
Palabras del Dr. Francisco Oviedo, Coordinador Regional, HSG.....	10
6. AGENDA.....	12
Lunes 23 de febrero.....	12
Martes 24 de febrero	13
7. RESUMEN DE CONFERENCIAS Y PANELES.....	14
Conferencia Inaugural: “Política y Policrisis: Gobernanza, financiamiento y diplomacia ante los conflictos y el cambio del orden global”.	14
Panel De Expertos: “Plataformas y Participación. Aprovechando las tecnologías digitales y respetando los contratos sociales”.	16
Panel de expertos: “Pluralidad y Alianzas: Incorporando la diversidad de actores, sectores y modalidades de atención”.....	19
Conferencia de cierre: “Caminos y Planeta: Preocupaciones humano-ecológicas en una era posterior a los ODS”.	22
8. RESÚMENES DE PRESENTACIONES DE TRABAJOS	23
Sesión 1. Reformas, gobernanza y organización de los sistemas de salud.....	23
Sesión 2: Fuerza laboral en salud, género y dinámicas profesionales.....	27
Sesión 3: innovación digital, inteligencia artificial y salud.....	30
Sesión 4: Participación social, sociedad civil y enfoques colaborativos.....	34

1. PRESENTACIÓN

Health Systems Global (HSG) es la sociedad internacional de investigación en sistemas y servicios de salud que convoca cada dos años a referentes académicos, responsables de políticas públicas y miembros de la sociedad civil para participar en su Simposio Mundial. Para el encuentro mundial de 2026, se seleccionó como eje temático principal **“Sistemas de salud orientados hacia el futuro, en un mundo cambiante”**. En este marco, la comunidad regional de HSG para las Américas organizó la V Pre-Conferencia Regional para abrir el intercambio sobre las temáticas que se abordarán en el Simposio Mundial de 2026.

La organización de esta quinta edición de las Pre-Conferencias en las Américas tuvo como motivación principal la necesidad de potenciar el debate sobre el diseño y la implementación de políticas orientadas a alcanzar sistemas y servicios de salud más equitativos y efectivos, aportando una perspectiva desde América y con la visión de enriquecer la discusión global mediante los debates, la investigación y las experiencias del continente.

Los objetivos fueron dos, por un lado generar espacios de intercambio nacional sobre experiencias y visiones transformadoras que alimentaran un debate necesario sobre los sistemas de salud, teniendo en cuenta antiguos y conocidos desafíos de los sistemas sanitarios -como el fomento de la equidad, la inclusión y la pertenencia- y temáticas más recientes que plantean las múltiples crisis que a nivel planetarios se viven actualmente, tales como los retos ecológicos y éticos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios en contextos climáticos, geopolíticos y socioeconómicos en rápida evolución.

En segundo lugar, se buscaba aumentar las posibilidades de participación en el 9.º Simposio Global de Health Systems, mediante asesoría y mentoría para las propuestas que se quieran presentar, así como brindar herramientas para que nuevas voces se unan a la discusión global.

Exitosamente, esta preconferencia convocó a un encuentro de investigadores y tomadores de decisiones en salud, en torno a mesas de debate interdisciplinario, y fomentó su presencia y participación en las actividades de HSG.

2. TEMA CENTRAL

“Sistemas de salud orientados hacia el futuro, en un mundo cambiante”.

Los sistemas de salud operan hoy en día en medio de interrupciones interseccionales y persistentes, que abarcan fenómenos tan diversos como los conflictos armados, el cambio climático, la transformación digital, las pandemias y los panoramas geopolíticos cambiantes, entre otros. Estos disruptores operan en un ecosistema profundamente inequitativo, donde la violencia estructural, las desigualdades injustas y los legados de discriminación han erosionado el desempeño de los sistemas de salud y la confianza pública en ellos.

Ante este panorama, se exigen soluciones audaces y con visión de futuro que vayan más allá de la absorción de impactos para adoptar un liderazgo adaptativo y promover la transformación del sistema. HSG posiciona la transformación orientada al futuro como la respuesta esencial tanto del sistema de salud como de otros sistemas sociales que inciden en la salud. La transformación se centra en la pregunta central: ¿cómo ser más inclusivos, receptivos y confiables?

El tema del HSR2026 promueve un compromiso orientado a la búsqueda de soluciones mediante reformas sistémicas y cambios estratégicos necesarios para construir sistemas de salud equitativos, inclusivos, resilientes y receptivos, así como confiables.

La invitación es a deliberar sobre cómo los sistemas de salud pueden aprender, transformarse y liderar. Este reto es crucial a medida que el mundo se acerca a la era posterior a los ODS y las futuras iniciativas, arquitecturas y marcos de salud global siguen siendo inciertos.

Para HSG, es parte fundamental de su misión ofrecer espacios para reflexionar sobre las agendas pendientes y forjar una visión compartida para un mundo en transformación, arraigada en la solidaridad, la justicia social y los cambios sistémicos en todos los niveles, desde las comunidades hasta la arquitectura de la salud global. Para lograr esta misión se ha convocado a líderes, tanto consolidados como emergentes, cuyo trabajo involucra e incide en los sistemas de salud: científicos, académicos, prestadores de servicios, políticos, para cocrear vías viables para nuestros futuros sistemas de salud compartidos e interdependientes.

A estos líderes, se les invitó a presentar propuestas en áreas como investigación, implementación y práctica, innovación metodológica, fortalecimiento de capacidades o aprendizaje basado en la acción que contribuyan a la transformación de los sistemas de salud en múltiples dimensiones.

3. EQUIPOS DE TRABAJO Y COLABORADORES PRINCIPALES

ORGANIZADORES

Francisco Oviedo Gómez, Coordinador Regional para las Américas, HSG / Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica.

Sara Ardila Gómez, Miembro del Consejo Directivo, HSG / CONICET, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

César Augusto Vargas López, Coordinador Regional para las Américas, EV4GH / Hospital Manuel Uribe Ángel, Colombia

ANFITRIONES LOCALES: FUNDACIÓN CIUDAD DEL SABER.

Jorge Arosemena Román, Presidente Ejecutivo

Eysel Chong, Gerente de Gestión del Conocimiento

David Aguilar Sánchez Gerente de Negocios

Melissa Chacón, Especialista en Eventos

Guillermo Walker, Asistente de Hospedaje

APOYO LOGÍSTICO Y ADMINISTRATIVO.

Andrea Prado, INCAE Business School, Costa Rica.

Andy Pearson, INCAE Business School, Costa Rica.

Marylin Fonseca, INCAE Business School, Costa Rica.

Arlene Calvo, Universidad de South Florida, EUA

MODERADORES DE LOS PANELES.

Daniel Maceira, CEDES, Argentina.

Irene Rodríguez, Periodista especializada en ciencia y salud, Costa Rica.

Andrea Prado, INCAE Business School, Costa Rica.

Gary Aslanyan, Director a.i. TDR, OMS

ORADORES DE PANELES PRINCIPALES.

Francisco Becerra, Consultor en políticas de salud, México.

Arachu Castro, Universidad de Tulane, EE. UU.

Carlos José Valerio Monge, Abogado Salubrista, Costa Rica.

Lidia Utria, Pazalud Digital - Innovación en salud, Colombia.

Midori de Habich, Instituto de Análisis y Gestión, Perú

Eysel Chong, Ciudad del Saber, Panamá.

Sten Vermund, Universidad de South Florida, EUA

Daniel Barnett, Johns Hopkins University, EUA

FACILITADORES DE LOS TALLERES DE CAPACITACIÓN

Irene Rodríguez, Periodista especializada en ciencia y salud, Costa Rica.

Arlene Calvo, Universidad de South Florida, EUA

Dinorah Martínez-Tyson, Universidad de South Florida, EUA

Alejandra Chamorro, CIDEIM, Colombia.

María Isabel Echavarría, CIDEIM, Colombia.

4. RECONOCIMIENTOS Y AGRADECIMIENTOS

HSG reconoce y agradece de manera especial la contribución y el apoyo de la Iniciativa TDR de la OMS y de su director interino, Gary Aslanyan, por el apoyo técnico y financiero brindado a la preconferencia. Este apoyo hizo posible otorgar becas a participantes de diversos países de la región para que pudieran asistir y enriquecer nuestro evento regional.

Asimismo, se reconoce y se agradece la invaluable colaboración de nuestros demás socios y aliados, que hicieron posible este evento:



5. MENSAJES DE BIENVENIDA Y MOTIVACIÓN

Palabras del Dr. Jarbas Barbosa, Director OPS

Estimadas y estimados colegas,

Es un verdadero honor acompañarles —aunque sea de manera virtual— en esta Quinta Preconferencia en Investigación en Sistemas y Políticas de Salud, en el marco del Simposio Mundial organizado por Health Systems Global. Nos convoca un tema que no podría ser más oportuno: pensar sistemas de salud orientados hacia el futuro, en un mundo que cambia de manera vertiginosa.

Hoy enfrentamos una convergencia de crisis —climática, social, económica, tecnológica y política— que tensiona nuestras democracias, profundiza desigualdades y pone a prueba la legitimidad de nuestras instituciones. Pero también es cierto que los momentos de mayor incertidumbre son, al mismo tiempo, momentos de decisión histórica. Y la salud debe estar en el centro de esas decisiones.

En la Región de las Américas hemos aprendido que no hay transformación sostenible sin una Atención Primaria de Salud fuerte, resolutiva y territorial. Desde Alma-Ata hasta Astaná, la APS no es solo una estrategia técnica: es una apuesta política por la equidad, por la justicia social y por el derecho a la salud.

Nuestros países han avanzado en marcos normativos y en el diseño de políticas para fortalecer la APS. Sin embargo, persiste una brecha que no podemos ignorar: la distancia entre lo que acordamos y lo que realmente ocurre en los territorios. La implementación sigue siendo el gran desafío. Y cerrar esa brecha requiere liderazgo político, financiamiento sostenido y una gobernanza capaz de articular sectores, niveles de gobierno y actores sociales.

La participación social y el enfoque de Salud en Todas las Políticas no pueden quedarse en declaraciones. Deben traducirse en mecanismos concretos de corresponsabilidad, transparencia y rendición de cuentas, especialmente a nivel subnacional, donde la política pública se convierte en realidad cotidiana para las personas.

Por eso, desde la Organización Panamericana de la Salud, junto con el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, hemos impulsado la Alianza por la Atención Primaria de Salud en las Américas. Esta Alianza no es solo un mecanismo de cooperación financiera; es una señal política clara: invertir en APS es invertir en estabilidad social, en desarrollo y en democracia.

Necesitamos nuevos pactos sociales en torno a la salud. Pactos que reconozcan a la APS como ancla comunitaria, como primer contacto, como espacio de confianza entre el Estado y la ciudadanía. Pactos que garanticen recursos suficientes, innovación basada en evidencia y una diplomacia en salud que construya puentes más allá de fronteras e ideologías.

Pero también necesitamos algo más: que la investigación dialogue de manera directa con la política y con la gestión. No podemos permitir que la evidencia quede atrapada en documentos. Debe convertirse en decisiones, en reformas concretas, en resultados medibles para la vida de las personas.

Esta Preconferencia es un espacio estratégico para ese diálogo. Desde la diversidad de nuestras experiencias en las Américas, tenemos mucho que aportar al debate global. Y la plataforma que ofrece Health Systems Global es fundamental para proyectar esa voz con claridad y convicción.

El futuro de nuestros sistemas de salud no está predeterminado. Dependerá de nuestra capacidad colectiva para ejercer liderazgo, construir consensos y sostener la solidaridad como principio rector.

Agradezco su compromiso con la investigación, pero sobre todo con la transformación. Que este encuentro nos impulse a pasar de las palabras a la acción y a fortalecer, con decisión y sentido de urgencia, la Atención Primaria de Salud como el camino más efectivo para reducir desigualdades, construir resiliencia y garantizar el derecho a la salud para todas las personas, hoy y en el futuro.

En este camino hacia sistemas de salud más justos, resilientes y equitativos, cuenten siempre con el compromiso decidido de la Organización Panamericana de la Salud.

Muchas gracias.

Palabras del Dr. Francisco Oviedo, Coordinador Regional, HSG

Estimados colegas,

Es para mí un verdadero honor darles la bienvenida a esta V Pre-Conferencia Regional de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud, un espacio que hemos construido colectivamente con la convicción de que nuestra región tiene mucho que decir — y mucho que proponer — en el debate global sobre el futuro de los sistemas de salud.

Quiero iniciar expresando mi más profundo agradecimiento al Comité Organizador, a nuestros socios estratégicos y a nuestros anfitriones por su compromiso, generosidad y trabajo incansable para hacer posible este encuentro. Organizar un espacio como este no es solo una tarea académica; es una apuesta por el diálogo regional, la producción de conocimiento situado y la construcción de redes que trasciendan fronteras.

Nos reunimos en un momento particularmente complejo para nuestra región. Enfrentamos profundas desigualdades sociales, sistemas de salud fragmentados, presiones fiscales persistentes y una creciente desconfianza ciudadana hacia las instituciones públicas. A esto se suman las múltiples polícrisis que caracterizan nuestro tiempo: la crisis climática, las transformaciones digitales aceleradas, las tensiones geopolíticas, la migración y los efectos aún latentes de la pandemia.

En este contexto, el tema que convoca al próximo Simposio Mundial —“Sistemas de salud orientados hacia el futuro, en un mundo cambiante”— no es una consigna abstracta. Es una urgencia ética y política.

Pensar en sistemas de salud orientados al futuro implica preguntarnos no solo qué debemos cambiar, sino también cómo debemos transformarnos. Implica repensar la gobernanza, fortalecer la legitimidad institucional y reconstruir la confianza pública. Implica reconocer la pluralidad de actores que realmente configuran nuestros sistemas —desde las comunidades y los trabajadores de primera línea hasta el sector privado, la sociedad civil y el mundo digital— y diseñar alianzas más horizontales y responsables.

También exige que gestionemos, con una visión crítica, las plataformas tecnológicas que están redefiniendo la práctica, la investigación y la toma de decisiones en salud. Y, sobre todo, nos obliga a situar la transformación de los sistemas de salud dentro de los límites y desafíos planetarios que compartimos, desde una perspectiva de justicia social y ecológica.

Pero esta preconferencia tiene un propósito adicional y profundamente estratégico: fortalecer la voz de nuestra región en la conversación global. No queremos llegar al Simposio Mundial únicamente como participantes; queremos llegar como una

comunidad articulada, con propuestas sólidas, investigación rigurosa y experiencias transformadoras que surgen de nuestros territorios.

En este y otros foros globales debemos explorar la riqueza de nuestra región, que radica en su diversidad. Somos una región de contrastes, pero también de innovación social, resiliencia comunitaria y pensamiento crítico. Si logramos tejer redes más sólidas entre la academia, los tomadores de decisiones, las organizaciones sociales y los organismos internacionales, podremos avanzar hacia sistemas más equitativos, inclusivos, resilientes y confiables.

Este encuentro no es solo un espacio para presentar resultados de investigación. Es un espacio para escucharnos, cuestionarnos, generar alianzas improbables y construir agendas compartidas. Es una invitación a superar el trabajo aislado y avanzar hacia una inteligencia colectiva regional.

Estimadas y estimados colegas, el futuro de los sistemas de salud no se construye en documentos; se construye en relaciones. En la confianza que logremos establecer aquí. En las colaboraciones que nazcan en estos pasillos. En las preguntas incómodas que nos atrevamos a formular. Y en la voluntad de transformar nuestras propias prácticas.

Que esta V Pre-Conferencia sea un punto de inflexión. Que sea el espacio donde la región no solo reflexione sobre el cambio, sino que también decida liderarlo. Porque si el mundo está cambiando —y lo está—, la pregunta no es si nuestros sistemas de salud deben transformarse. La verdadera pregunta es si estaremos a la altura histórica de transformarlos juntos.

Muchas gracias.

6. AGENDA

Lunes 23 de febrero

8:30 am Registro.

9:00 am Acto inaugural.

- Palabras de bienvenida.
 - Tolib Mirzoev, Presidente Junta Directiva – HSG.
 - Francisco Oviedo Gómez, Coordinador Regional para América – HSG.
 - Jarbas Barbosa, Director General – OPS.
 - Jorge Arosemena Román, Presidente Ejecutivo, Ciudad del Saber.
- Lanzamiento del programa de mentoría regional.

9:30 am Conferencia Inaugural.

“Política y Policrisis: Gobernanza, financiamiento y diplomacia ante los conflictos y el cambio del orden global”.

- Presentado por: Francisco Becerra, consultor en políticas de salud, México.
- Comentado por: Daniel Maceira, CEDES, Argentina.

10:30 am Receso.

11:00 am Mesa redonda.

“Plataformas y Participación: Aprovechando las tecnologías digitales y respetando los contratos sociales”.

- Panelistas:
 - Arachu Castro, Universidad de Tulane, EUA.
 - Carlos José Valerio Monge, Abogado Salubrista, Costa Rica.
 - Lidia Utria, Pazalud Digital - Innovación en salud, Colombia.
- Moderado por: Irene Rodríguez, Periodista especializada en ciencia y salud, Costa Rica.

12:30 pm Almuerzo.

1:30 pm Talleres de fortalecimiento de capacidades (Parte 1).

- Evaluación crítica de datos y evidencia relacionados con los sistemas de salud.
- Investigación sobre la implementación de políticas de salud.
- Divulgación, comunicación, traducción de la evidencia científica.

3:30 pm Sesiones de presentación de trabajos (Parte 1).

Martes 24 de febrero

9:00 am Mesa redonda.

“Pluralidad y Alianzas: Incorporando la diversidad de actores, sectores y modalidades de atención.

- Panelistas:
 - Midori de Habich, Instituto de Análisis y Gestión, Perú
 - Eysel Chong, Gerente de Gestión del Conocimiento, Ciudad del Saber, Panamá.
 - Sten Vermund, Universidad de South Florida, EUA
- Moderado por: Andrea Prado, INCAE Business School, Costa Rica.

10:30 am Receso y café.

11:00 am Sesiones de presentación de trabajos (Parte 2).

12:30 pm Almuerzo

1:30 pm Talleres de fortalecimiento de capacidades (Parte 2).

- Evaluación crítica de datos y evidencia relacionados con los sistemas de salud.
- Investigación sobre la implementación de políticas de salud.
- Divulgación, comunicación, traducción de la evidencia científica.

3:30 pm Conferencia de cierre.

“Caminos y Planeta: Preocupaciones humano-ecológicas en una era posterior a los ODS”.

- Presentado por: Daniel Barnett, Johns Hopkins University, EUA
- Comentado por: Gary Aslanyan, Director a.i. TDR, OMS

4:30 Clausura

- Ana Amaya, Vicepresidente Junta Directiva – HSG

7. RESUMEN DE CONFERENCIAS Y PANELES

Conferencia Inaugural: “Política y Policrisis: Gobernanza, financiamiento y diplomacia ante los conflictos y el cambio del orden global”.

Presentada por: Francisco Becerra, consultor en políticas de salud, México.

Resumen: La salud global no puede entenderse únicamente desde lo técnico o lo sanitario, sino que está profundamente determinada por dinámicas políticas que configuran las decisiones públicas. El eje central es la transformación de la política — entendida como ideología, intereses y relaciones de poder— en políticas concretas que impactan directa e indirectamente los sistemas de salud, tanto a nivel nacional como global.

En este contexto, se observa una tendencia creciente hacia el nacionalismo y la fragmentación, en la que las decisiones locales generan consecuencias globales. Ejemplos como la política de “America First”, la desarticulación regional en América Latina y las estrategias geopolíticas de las grandes potencias evidencian un debilitamiento del enfoque cooperativo que históricamente ha sostenido los avances en salud global. Este cambio tiene implicaciones directas en la gobernanza internacional, en particular en el funcionamiento y el financiamiento de los organismos multilaterales.

El debilitamiento del multilateralismo constituye uno de los riesgos más relevantes. La reducción del compromiso de países clave, especialmente de Estados Unidos, con organizaciones internacionales y programas de cooperación ha afectado la capacidad de respuesta global ante problemas sanitarios. La disminución del financiamiento, el retiro de acuerdos y la desarticulación de iniciativas, como el apoyo a programas de vacunación o de salud reproductiva, generan efectos acumulativos que impactan con mayor intensidad a las poblaciones en situación de vulnerabilidad.

Estas decisiones políticas no solo afectan la estructura institucional, sino que también profundizan las desigualdades existentes. La reducción de la ayuda internacional y la priorización de las agendas nacionales han ampliado e incrementado las brechas en el acceso a los servicios de salud, reforzando los determinantes sociales adversos. En este sentido, la equidad en salud emerge como un problema intrínsecamente político, en el que las decisiones de asignación de recursos y de prioridades definen quién se beneficia y quién queda excluido.

Paralelamente, se observa una reorientación de recursos hacia el gasto militar, particularmente en Europa, lo que desplaza inversiones potenciales en desarrollo social y salud. Este fenómeno, descrito como la “securitización del desarrollo”, plantea riesgos

significativos al priorizar la seguridad por encima del bienestar, sin evidencia clara de beneficios sostenibles para la salud poblacional. La reducción de la ayuda humanitaria asociada a esta tendencia agrava aún más la situación de los países con menores capacidades.

En el ámbito epidemiológico, la reemergencia de enfermedades prevenibles, como el sarampión, ilustra las consecuencias de sistemas de salud debilitados. Factores como la desinformación, la pérdida de confianza en las instituciones, la inestabilidad política y las fallas en la planificación sanitaria convergen para revertir los logros previamente alcanzados. Este fenómeno refleja la fragilidad de los sistemas de salud ante contextos políticos adversos.

La inversión en investigación en salud también presenta una distribución desigual a nivel global. Mientras algunas regiones, como Europa y China, fortalecen sus capacidades mediante inversión estratégica y cooperación, otras, como América Latina y África, enfrentan limitaciones estructurales y la fragmentación. Esta disparidad condiciona la capacidad de innovación, de respuesta y de autonomía de los sistemas de salud, perpetuando dependencias y asimetrías.

A estos desafíos se suman factores estructurales como los conflictos armados y el cambio climático, que incrementan la presión sobre los sistemas de salud y generan nuevas demandas. Asimismo, el envejecimiento poblacional redefine las necesidades sanitarias, con un aumento de enfermedades crónicas, mayores costos y una demanda creciente de servicios especializados, para los cuales muchos sistemas no están preparados.

Actualmente, los sistemas de salud están enfrentando una convergencia de presiones políticas, económicas, demográficas y ambientales que ponen en riesgo su sostenibilidad y capacidad de respuesta. Los resultados en salud no son producto del azar ni exclusivamente de la ciencia, sino de decisiones políticas concretas, lo que reafirma que, en última instancia, la política se traduce en políticas que determinan la salud de las poblaciones.

Panel De Expertos: “Plataformas y Participación. Aprovechando las tecnologías digitales y respetando los contratos sociales”.

Moderado por: Irene Rodríguez, Periodista especializada en ciencia y salud, Costa Rica.

Ponencias:

- **IA, manejo de datos y derechos de grupos minoritarios.**

Presentado por: Carlos José Valerio Monge, Abogado Salubrista, Costa Rica.

Resumen: La incorporación de la inteligencia artificial en el manejo de datos plantea una tensión fundamental entre innovación tecnológica y protección de derechos, particularmente en relación con grupos minoritarios y poblaciones en situación de vulnerabilidad. En este marco, la discusión se sitúa en reconocer que el uso de estas tecnologías no es neutral, sino que se inserta en contextos sociales que pueden reproducir exclusión, desigualdad y nuevas formas de discriminación.

Los principales riesgos asociados a la IA incluyen la vulneración de la privacidad, la opacidad de los sistemas, los sesgos algorítmicos y la limitada alfabetización digital. Estos elementos convergen en dinámicas que afectan de manera desproporcionada a personas en situación de pobreza, quienes enfrentan barreras de acceso a dispositivos, conectividad y habilidades digitales, lo que restringe su participación social y económica. Asimismo, la automatización de decisiones puede derivar en exclusión laboral, discriminación en procesos de selección y limitaciones en el acceso a servicios.

A estos riesgos se suman formas emergentes de violencia facilitada por tecnologías digitales, así como prácticas de vigilancia y control que pueden intensificar la marginalización. Sin embargo, la inteligencia artificial también presenta oportunidades para mejorar la asistencia social y reducir el aislamiento, siempre que su implementación sea crítica y contextualizada.

En respuesta, se plantean marcos internacionales que promueven una IA ética, basada en derechos humanos, transparencia y supervisión. Desde esta perspectiva, se propone la adopción de principios bioéticos —como la equidad, la dignidad y la responsabilidad— junto con el principio precautorio, como base para orientar el desarrollo y uso de estas tecnologías hacia modelos más justos e inclusivos.

- **Modelos de aprendizaje automático para la detección temprana del riesgo de disciplina violenta y privación de estimulación cognitiva en niños y niñas dominicanos.**

Presentado por: Arachu Castro, Universidad de Tulane, EE. UU.

Resumen: La comprensión de la crianza infantil en contextos de adversidad remite a un escenario profundamente complejo, en el que las relaciones entre condiciones sociales, experiencias maternas y prácticas de cuidado no siguen trayectorias lineales. Más bien, se configuran como entramados dinámicos, donde múltiples factores interactúan de manera simultánea, generando resultados diversos que desafían las lecturas simplificadoras.

En este contexto, la noción de consonancia cultural permite aproximarse a esa complejidad al reconocer que las prácticas de crianza no son respuestas aisladas, sino expresiones situadas dentro de sistemas de significado compartidos. Así, los distintos perfiles identificados no representan desviaciones de una norma, sino configuraciones legítimas que reflejan formas diversas de habitar la adversidad.

Es precisamente frente a esta complejidad donde la inteligencia artificial adquiere un sentido particular. Más que ofrecer respuestas cerradas, se presenta como una herramienta capaz de acompañar el análisis de sistemas no lineales, identificando patrones que difícilmente serían visibles desde enfoques tradicionales. Sin embargo, su valor depende de una condición fundamental: que los modelos se construyan desde datos que capturen las realidades culturales, y no desde supuestos externos.

De ahí la relevancia de avanzar hacia modelos interpretables, sometidos a auditorías de equidad y validados en los territorios donde se aplican. La IA no aparece entonces como un mecanismo de simplificación, sino como una forma de hacer legible la complejidad sin anularla.

En este sentido, el desafío no es únicamente técnico, sino epistemológico y ético: cómo producir conocimiento y herramientas que reconozcan la diversidad de trayectorias humanas y contribuyan a intervenir de manera más justa y situada.

- **Conectando vidas con energía.**

Presentado por: Lidia Utria, Pazalud Digital - Innovación en salud, Colombia.

Resumen: El acceso a servicios de salud en territorios rurales dispersos plantea un desafío estructural que no puede resolverse únicamente mediante la expansión de infraestructura convencional. En contextos como la costa pacífica colombiana, donde amplias zonas carecen de servicios básicos, la cuestión central no es solo la disponibilidad de recursos, sino la capacidad de adaptar las soluciones a condiciones geográficas, sociales y culturales específicas.

En este marco, la propuesta de GAM Tecnología introduce una aproximación que articula energía sostenible, conectividad y dispositivos médicos portátiles como elementos interdependientes de un mismo sistema. La provisión de energía, a través de bancos solares adaptados, se convierte en un habilitador para el funcionamiento de tecnologías diagnósticas y de telesalud, desplazando el eje de la atención hacia el territorio.

Sin embargo, el valor de la propuesta no reside únicamente en su componente tecnológico, sino en su anclaje territorial. La incorporación de diagnósticos participativos permite reconocer las particularidades locales, desde las condiciones climáticas hasta las capacidades de mantenimiento, configurando soluciones que no solo son técnicamente viables, sino socialmente apropiables.

Este enfoque abre la posibilidad de repensar la relación entre tecnología y equidad en salud, al evidenciar que la innovación, cuando se diseña desde el contexto, puede trascender su función instrumental. Más que generar electricidad, se configura como un medio para producir acceso, continuidad en la atención y condiciones de dignidad para poblaciones históricamente excluidas.

En este sentido, la experiencia sugiere que la transformación de los sistemas de salud requiere intervenciones que integren tecnología, territorio y participación como dimensiones inseparables.

Panel de expertos: “Pluralidad y Alianzas: Incorporando la diversidad de actores, sectores y modalidades de atención”.

Moderado por: Andrea Prado, INCAE Business School, Costa Rica.

Ponencias:

- **Sistemas plurales, fronteras rígidas: gobernanza e integración en el primer nivel de atención.**

Presentado por: Midori de Habich, Instituto de Análisis y Gestión, Perú

Resumen: Los sistemas de salud contemporáneos se caracterizan por su naturaleza estructuralmente plural, en la que coexisten múltiples actores, niveles de decisión y lógicas de provisión sin una autoridad única que los articule plenamente. Esta condición policéntrica, lejos de ser excepcional, constituye un rasgo inherente de su organización y explica en parte la persistencia de la fragmentación, incluso tras sucesivos intentos de reforma orientados a la integración.

Desde esta perspectiva, la fragmentación no puede entenderse únicamente como un problema de coordinación técnica o de gestión. Por el contrario, responde a la existencia de fronteras institucionales rígidas —financieras, organizacionales, epistemológicas y políticas— que delimitan la interacción entre actores y sectores. Estas fronteras están ancladas en arreglos de poder e incentivos que tienden a reproducir equilibrios existentes, favoreciendo ciertos intereses y limitando la capacidad de transformación del sistema.

El análisis propone abordar la integración mediante el reconocimiento de esta complejidad institucional, incorporando conceptos como policentrismo, instituciones de frontera y arreglos de poder. En este marco, la integración no se logra a través de la centralización, sino mediante mecanismos que permitan gestionar las interdependencias entre actores diversos.

La noción de institución de frontera adquiere relevancia como un arreglo capaz de conectar ámbitos con lógicas distintas, facilitando procesos de coordinación, traducción y legitimidad. La Red de Cuidados se presenta como una posible expresión de este tipo de institución en el primer nivel de atención, al articular Estado y comunidad en el territorio. En este sentido, la integración se configura como un desafío eminentemente político, que exige reconfigurar reglas, incentivos y distribución de poder dentro del sistema de salud.

- **CIISPA, un modelo de articulación para investigación e innovación en salud.**

Presentado por: Eysel Chong, Gerente de Gestión del Conocimiento, Ciudad del Saber, Panamá.

Resumen: Las alianzas en el sector salud han evolucionado desde colaboraciones puntuales hasta ecosistemas estructurados y gobernados, como es el caso del Clúster de Investigación e Innovación en Salud de Panamá (CIISPA). Inicialmente, la articulación surge como respuesta a cuellos de botella en la innovación, la investigación clínica y las capacidades locales, lo que impulsa la necesidad de conectar a diversos actores: gobierno, academia, industria, hospitales y sociedad civil.

Con el tiempo, estas alianzas evolucionan hacia un modelo más sofisticado de clúster, en el que la colaboración no depende de la voluntad individual, sino de estructuras formales, reglas claras y mecanismos de coordinación. Esta evolución implica pasar de relaciones fragmentadas a un sistema integrado que promueve la transferencia tecnológica, el desarrollo del talento, la inversión y la internacionalización.

Un punto central es que las alianzas maduras requieren gobernanza colaborativa, basada en la confianza diseñada (no espontánea), objetivos compartidos, transparencia y espacios donde todos los actores operen sobre un diagnóstico común. En este sentido, la pluralidad de actores deja de ser un reto y se convierte en una capacidad estratégica.

El éxito y la sostenibilidad de las alianzas dependen de elementos clave como financiamiento sostenible, gestión de datos y conocimiento, y legitimidad institucional. Sin estos, la pluralidad puede llevar a fragmentación; con ellos, se convierte en una fuente de innovación e impacto sistémico en salud.

- **Retos de los sistemas sanitarios.**

Presentado por: Sten Vermund, Decano, College of Public Health, University of South Florida

Resumen: Los principales desafíos estructurales que enfrentan los sistemas de salud a nivel global y particularmente en América Latina, pueden ser visualizados en torno a cuatro ejes fundamentales que evidencian la creciente complejidad del entorno sanitario contemporáneo.

En primer lugar, la fragilidad y la imprevisibilidad de la financiación, condicionada por la reducción de la ayuda internacional, el aumento de los costos y las presiones fiscales internas. Más allá del volumen de recursos, el énfasis se centra en la

necesidad de contar con mecanismos de financiamiento sostenibles, previsibles y resilientes frente a la volatilidad económica, dado que las interrupciones abruptas ya están afectando la continuidad de los servicios esenciales y la estabilidad de la fuerza laboral sanitaria.

En segundo término, la crisis de recursos humanos en salud, caracterizada por una escasez proyectada de millones de trabajadores hacia 2030, con un impacto especial en enfermería. A esta limitación cuantitativa se suman problemas de agotamiento, migración y desajuste de competencias, que comprometen la capacidad operativa de los sistemas, particularmente en contextos vulnerables. El desempeño del sistema no depende exclusivamente de la tecnología ni de los insumos, sino también de la disponibilidad y el bienestar del personal sanitario.

El tercer eje es la creciente presión derivada de un contexto de “emergencia permanente”, en el que los sistemas deben responder simultáneamente a crisis climáticas, conflictos, desplazamientos poblacionales y brotes epidémicos. Este escenario redefine la lógica tradicional de alternancia entre emergencia y recuperación, planteando la necesidad de integrar estructuralmente la preparación y la respuesta a las crisis en la atención rutinaria .

Finalmente, las persistentes desigualdades en el acceso a servicios, en el uso de tecnologías y en la confianza en los sistemas de salud. A pesar de los avances posteriores a la pandemia de COVID-19, una proporción significativa de la población en América Latina aún carece de servicios esenciales. Asimismo, la expansión de las tecnologías digitales y de la inteligencia artificial plantea riesgos de profundización de las inequidades si no se acompañan de marcos adecuados de gobernanza e inclusión .

Conferencia de cierre: “Caminos y Planeta: Preocupaciones humano-ecológicas en una era posterior a los ODS”.

Presentada por: Daniel Barnett, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, EEUU.

RESUMEN: El agotamiento del personal de salud se configura como una expresión crítica de las tensiones estructurales que atraviesan los sistemas sanitarios, particularmente en países de ingresos bajos y medios. Lejos de ser un fenómeno individual, el burnout emerge como un proceso situado, vinculado a condiciones laborales, organizacionales y contextuales que exponen de manera sostenida a los trabajadores a situaciones de alta demanda emocional y recursos limitados.

En entornos marcados por emergencias recurrentes, desastres y presiones asistenciales continuas, el ejercicio del cuidado adquiere una carga psicológica acumulativa. La evidencia muestra que este desgaste no solo afecta el bienestar del personal, sino que se traduce en consecuencias sistémicas, como el aumento de errores médicos y la disminución en la calidad de la atención. Así, el burnout deja de ser una condición individual para convertirse en un problema de funcionamiento del sistema.

Esta problemática se intensifica en contextos donde confluyen escasez de personal, largas jornadas laborales y limitados recursos de apoyo en salud mental, configurando escenarios donde la capacidad de respuesta del sistema depende de trabajadores progresivamente más agotados. En este sentido, el análisis invita a reconsiderar el lugar del bienestar del personal como un componente central de la resiliencia del sistema.

Frente a ello, se plantea el potencial de intervenciones basadas en tecnologías móviles como una vía para abordar el burnout desde la autoeficacia, entendida como la capacidad de los individuos para reconocer y gestionar sus propios niveles de estrés. Estas herramientas, al ser escalables y adaptables, ofrecen una posibilidad de intervención contextualizada.

En conjunto, la reflexión sugiere que enfrentar el burnout implica no solo intervenir sobre el individuo, sino repensar las condiciones estructurales que sostienen el funcionamiento de los sistemas de salud.

8. RESÚMENES DE TRABAJOS PRESENTADOS

Sesión 1. Reformas, gobernanza y organización de los sistemas de salud.

Moderada por: Jossel Quesada Chaves. Red de las Américas para la Equidad en Salud, Costa Rica.

- **Centralización y adaptación local: Desafíos de gobernanza en la vacunación contra COVID-19 en la Ciudad de México.**

Autores: Rebeca Uribe-Carvajal⁽¹⁾, Blanca Estela Pelcastre-Villafuerte⁽¹⁾, Lina Díaz-Castro⁽²⁾.

(1) Instituto Nacional de Salud Pública, México

(2) Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México"

Presentado por: Rebeca Uribe-Carvajal

Resumen: Introducción: Los sistemas de salud actuales operan bajo condiciones de gobernanza frágil y alta polarización. En México, la Política Nacional de Vacunación contra COVID-19 (PNV) se caracterizó por un diseño federal centralizado. Sin embargo, su implementación en la Ciudad de México (CDMX) evidenció la tensión entre el control político central y las necesidades operativas locales. Objetivo: Analizar los elementos y desafíos de la gobernanza en la implementación de la PNV en la CDMX, identificando las dificultades, las dinámicas de interacción entre actores y las lecciones aprendidas para el fortalecimiento de sistemas de salud en contextos de crisis. Métodos: Estudio cualitativo basado en Teoría Fundamentada (2023-2024). Se realizaron entrevistas semiestructuradas a actores estratégicos y de interés (niveles federal y local) involucrados en la toma de decisiones. La información se trianguló y analizó mediante codificación cualitativa. Resultados: Se identificaron cuatro desafíos de gobernanza: 1) Un modelo de decisión centralizado a menudo discrepante con la realidad local; 2) Una implementación flexible y adaptativa, facilitada por la alineación política entre la jefatura de gobierno y la federación, 3) Falta de transparencia y rendición de cuentas; 4) Infodemia y politización de decisiones técnicas. Si bien la coordinación vertical es necesaria, el liderazgo adaptativo local y la colaboración intersectorial son vitales para la resiliencia del sistema de salud."

- **"De lo privado a lo público": acompañamiento intersectorial para la implementación del Sistema Municipal de Cuidados en San Luis Potosí, México.**

Autores: Yesica Yolanda Rangel-Flores⁽¹⁾, Mariana Hernández-Noriega⁽²⁾, Maribel Cruz-Ortiz ⁽¹⁾, Ma. del Carmen Pérez-Rodríguez. ⁽¹⁾

(1) Universidad Autónoma de San Luis Potosí

(2) Colectiva Cuidadoras Potosinas

Presentado por: Yesica Yolanda Rangel Flores.

Resumen: El incremento en la esperanza de vida, la incidencia de enfermedades crónicas y un decremento en la tasa de natalidad, pronostica una potencial crisis de cuidados y una potencial ampliación de la brecha de desigualdad de género. El objetivo fue implementar desde lo intersectorial un seminario de capacitación y sensibilización que problematice el cuidado como derecho humano y que sirva para que avance con más aceptación la propuesta de implementación del Sistema Municipal de Cuidados. Metodología: Activistas, académicas y funcionarias de instituciones relacionadas con el desarrollo de las mujeres y la familia, diseñaron e implementaron un seminario intensivo de 30 horas, dirigido a personal de instituciones del Estado, congresistas y sociedad en general, con el fin de formarles y sensibilizarles para dar cuenta del cuidado como un trabajo y un compromiso ético. Bajo una metodología de investigación acción participativa se implementaron encuentros en los que se habló del cuidado como derecho humano y eje de desigualdad. Resultados: En el curso participó un total de 25 funcionarios públicos, tres organizaciones civiles y 25 ciudadanas cuidadoras. Al final se convocó al congreso del Estado para ofrecer un informe de las actividades y reflexiones derivadas del seminario. El 14 de agosto de 2025 se formalizó el Sistema Municipal de Cuidados.

- **La Reforma de la Atención en Salud Mental en Tiempos de Policrisis: Tensiones y Respuestas desde Argentina.**

Autores: Sara Ardila-Gómez ⁽¹⁾, Melina Rosales⁽¹⁾, Marina Fernández⁽¹⁾, Martín Agrest⁽²⁾, Natalia Delmonte⁽³⁾.

(1) CONICET, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

(2) Proyecto Suma - Universidad de Buenos Aires, Argentina.

(3) Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Presentado por: Sara Ardila-Gómez

Resumen: Los países de América Latina y el Caribe han impulsado durante más de 35 años una reforma en salud mental basada en la atención comunitaria, la

evidencia y la protección de la dignidad y los derechos humanos. Hoy estos principios se ven tensionados por una policrisis global que combina recesión económica, debilitamiento institucional, polarización política y crecientes cuestionamientos al rol del Estado, la ciencia y la cooperación internacional. Argentina constituye un caso emblemático. Este trabajo presenta hallazgos de dos investigaciones en servicios de internación de salud mental realizadas entre 2024-2025, centradas en el problema estructural de las altas demoradas, expresión de fallas de gobernanza, insuficiencia de redes comunitarias y fragmentación intersectorial. El análisis muestra que estos desafíos exceden la coyuntura nacional y reflejan dinámicas regionales propias de sistemas de salud atravesados por crisis prolongadas. A partir de experiencias de cocreación de herramientas de gestión y procesos participativos con equipos hospitalarios —poco frecuentes en la cultura organizacional de servicios de salud mental del país— se discuten respuestas posibles para sostener y profundizar la reforma en un escenario de desorientación, precarización y desmotivación profesional. Se argumenta que fortalecer capacidades locales, mejorar los circuitos de gobernanza clínica y reconstruir la confianza resulta clave para preservar avances y evitar retrocesos en derechos.

- **Resultados iniciales de las reformas en salud impulsadas en el sistema de salud mexicano.**

Autores: Jacqueline Elizabeth Alcalde-Rabanal⁽¹⁾, Juan Francisco Molina-Rodríguez⁽¹⁾, Sandra Patricia Díaz-Portillo⁽¹⁾, Elizabeth Hoyos-Loya⁽¹⁾, Hortensia Reyes-Morales⁽¹⁾

(1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública, México

Presentado por: Jacqueline Elizabeth Alcalde Rabanal.

Resumen: Motivación: El sistema de salud mexicano ha impulsado significativas reformas en su organización y gobernanza entre 2015 y 2022. La desaparición del Seguro Popular, el COVID-19 y su reorganización han limitado el progreso hacia la cobertura universal en salud (CSU). Objetivo: Analizar comparativamente indicadores del sistema de salud durante 2015-2017 (pre-reforma y pre-pandemia) y 2021-2022 (post-reformas y post-pandemia). Metodología: Utilizando fuentes oficiales, se analizaron indicadores demográficos y sociales, condiciones de salud, estructura y gobernanza del sistema de salud, disponibilidad de recursos y financiamiento. Resultados: La pobreza general descendió ligeramente y la extrema pobreza se mantuvo. La prevalencia de sobrepeso/obesidad se mantuvo (75.2%), la diabetes e hipertensión (47.8%) se duplicaron. La cobertura del esquema básico de vacunación infantil decayó al 26.6%. Las personas sin acceso a servicios de salud

aumentaron de 20 a 39.1%. La densidad de médicos y enfermeras aumentó ligeramente y persiste déficit significativo de personal. El 50% de consultas ambulatorias fue atendida por consultorios adyacentes a farmacias. El COVID-19 evidenció la vulnerabilidad del sistema, impactando drásticamente la mortalidad y la provisión de servicios. El gasto en salud se mantuvo en 6.1% del PIB y el gasto de bolsillo se mantuvo (41.3%). Entre 2000 y 2017 el indicador de CUS se incrementó de 56 a 74%, en 2022 alcanzó al 75%.

Sesión 2: Fuerza laboral en salud, género y dinámicas profesionales.

Moderada por: César Augusto Vargas López, Hospital Manuel Uribe Ángel, Colombia

- **Estamos deshumanizados: Resistencia al cambio y perpetuación de la violencia obstétrica en la República Dominicana.**

Autora: Arachu Castro, Universidad de Tulane, Estados Unidos.

Presentado por: Arachu Castro.

Resumen: Introducción: En la República Dominicana, el habitus médico autoritario obstaculiza la implementación del modelo de atención centrado en la mujer que promueve el Ministerio de Salud Pública desde 2021. Este estudio analiza las resistencias a la humanización del parto en hospitales públicos dominicanos. Métodos: En marzo de 2024, por invitación del Servicio Nacional de Salud y UNICEF, facilité dos talleres con personal de evaluación de humanización y directores de hospitales públicos. Mediante el análisis crítico del discurso, examiné los patrones de las dinámicas de poder y resistencia institucional que emergieron durante las sesiones. Resultados: Expresiones como "ese parto lo hice yo", "somos dioses", "el barrio entra al hospital" o "lo hacemos estilo de jefe" reflejan la apropiación de los cuerpos de las mujeres, las relaciones jerárquicas y la perpetuación institucional de la violencia obstétrica. La discriminación se intensifica en la intersección entre el origen nacional, el racismo y la posición social, y afecta principalmente a las mujeres migrantes haitianas. Conclusiones: Transformar estas prácticas arraigadas requiere una estrategia multinivel que incorpore mecanismos efectivos de rendición de cuentas, participación comunitaria y reformas en la educación médica que desafíen las jerarquías tradicionales y promuevan los derechos y la agencia reproductiva de las mujeres.

- **Brecha de Género en la Estructura Salarial del Sistema de Salud Argentino.**

Autores: Daniel Maceira⁽¹⁾⁽²⁾, Tomás Cocconi⁽²⁾, Patricia Jesica Suárez⁽¹⁾.

(1) Universidad de San Andrés, Argentina.

(2) CONICET, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

(3) Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Argentina.

Presentado por: Daniel Maceira.

Resumen: Las mujeres representan el 47% de la fuerza laboral mundial y el 70% del sector sanitario, aunque enfrentan precariedad, multiempleo, barreras para acceder a cargos jerárquicos y brechas salariales. Este estudio analiza la feminización del

sector salud en Argentina y la evolución de las remuneraciones por género y nivel de cualificación entre 2004 y 2024. Con datos de la EPH del INDEC, se normalizaron salarios en moneda constante del tercer trimestre de 2017 y se aplicaron pruebas de diferencia de medias. Los resultados muestran una alta feminización del sector salud junto a una caída del salario real (-17,83%), mayor que en el empleo total (-5,83%). Las brechas salariales disminuyen en el tiempo, aunque persisten: 5,9 puntos en el promedio del sector, con diferencias más amplias para mujeres profesionales (23,5%) que para no profesionales (17,2%). Por hora trabajada, las brechas son menores. El sector público exhibe menor desigualdad remunerativa que el privado. Se concluye que el análisis de brechas de género requiere seguimiento sistemático y debe complementarse con enfoques que integren factores culturales, organizacionales y familiares para comprender la multidimensionalidad de la discriminación laboral.

- **¿Por qué importa el rol ampliado de las enfermeras en sistemas de salud amenazados?: El caso de Chiapas 2024.**

Autores:

Gustavo Nigenda⁽¹⁾, Sergio Sesma⁽¹⁾, Laura Sandoval⁽¹⁾, Courtney Baur⁽²⁾, Lisethe Jiménez⁽¹⁾, Patricia Aristizabal⁽¹⁾, Claudia Leija⁽¹⁾, Edna Esquer⁽³⁾, Rosa Amarilis Zárate-Grajales⁽¹⁾.

(1) Facultad de Enfermería y Obstetricia. UNAM.

(2) Compañeros en Salud

(3) BettyIrene Moore School of Nursing, UC Davis, USA.

Presentado por: Gustavo Nigenda, Universidad Nacional Autónoma, México.

Resumen: Introducción. La ampliación del rol de las enfermeras plantea la ejecución de actividades más complejas a las que tradicionalmente realiza este personal. Incluye otorgar consultas y prescribir medicamentos a personas con enfermedades crónicas. La implementación de estos roles representa grandes beneficios para los sistemas de salud especialmente en zonas rurales y marginadas donde el acceso a servicios de salud es limitado. Metodología: Se evaluó el cumplimiento de un protocolo de atención de consultas a pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus II, ejecutado por enfermeras contratadas por Compañeros en Salud (CES) en la zona cafetera de Chiapas, México. Previo a las consultas se ofreció capacitación al personal de enfermería. Se analizaron expedientes clínicos de 2,534 pacientes. Se tomaron dos mediciones: una basal y una de seguimiento (2024-2025). Asimismo, se realizaron grupos focales con las enfermeras participantes. Resultados: Durante el seguimiento, el crimen organizado irrumpió en la zona,

afectando la continuidad de atención y generando una pérdida del 73% de usuarios. En el momento más álgido de la violencia, las únicas prestadoras de servicios fueron las enfermeras. Se registró el cumplimiento del protocolo, el control de niveles de glucosa en usuarios en seguimiento y la mejora de sus competencias clínicas. Las enfermeras son un recurso de gran valor para los sistemas de salud, incluso cuando se ven amenazados por la violencia criminal o las guerras."

- **Conflicto de intereses en consultorios adyacentes a farmacias privadas: implicaciones para el sistema de salud mexicano.**

Autores: Sandra Patricia Díaz-Portillo⁽¹⁾, Anahí Cristina Dreser Mansilla⁽¹⁾, Silvia Magali Cuadra Hernández⁽¹⁾, Humberto Álvarez Sáyago⁽²⁾, Jacqueline Elizabeth Alcalde-Rabanal⁽¹⁾

(1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. México

(2) Coordinación de Unidades de Primer Nivel - Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar

Presentado por: Sandra Patricia Díaz Portillo.

Resumen: En México, los consultorios adyacentes a farmacias privadas (CAF) brindan el 18% de las consultas ambulatorias. En este modelo, la farmacia contrata al médico y administra el consultorio vinculando la prescripción y venta de medicamentos. Objetivo: analizar cómo se configura el conflicto de intereses (CDI) en dos cadenas de farmacias en Ciudad de México. Estudio cualitativo. Se entrevistaron 30 participantes. 24 médicos y 6 supervisores de dos cadenas de farmacias (F1 y F2). En la F1, el supervisor cumple metas anuales de ventas, supervisa al personal de farmacia y médico y monitorea indicadores de recetas prescritas a médicos y objetivos de ventas a vendedores. El supervisor de la F2 monitorea la atención médica, requerimientos del consultorio y da seguimiento a quejas y reclamos de pacientes y personal de farmacia. Los médicos se sienten presionados por el personal de farmacia para activar la venta de medicamentos, y por los pacientes que exigen y le insultan si no les prescribe lo que desean. En este escenario, los médicos se adaptan al modelo, justifican la estrategia comercial y defienden su autonomía profesional. Conclusiones: El CDI se consolida y reproduce mediante prácticas rutinarias que ejercen supervisores y vendedores, que buscan alterar la práctica médica y alejarla del bienestar del paciente. Dada la relevancia de los CAF en México, la prescripción en función de intereses comerciales tiene serias implicaciones en la salud y gasto de bolsillo de las personas.

Sesión 3: innovación digital, inteligencia artificial y salud.

Moderada por: César Augusto Vargas López, Hospital Manuel Uribe Ángel, Colombia

- **Facilitadores y barreras en la intersección salud digital y enfermería para la atención de diabetes en el primer nivel en México.**

Autores: Andrés Lizano⁽¹⁾, Gustavo Nigenda⁽¹⁾, Mónica Gallegos-Alvarado⁽²⁾, Vicente Jesús Hernández-Abad⁽³⁾, Geraldine Lee. Facultad de Enfermería-UCC⁽⁴⁾.

(1) Facultad de Enfermería y Obstetricia, UNAM, México.

(2) Facultad de Enfermería y Obstetricia-UJED, México.

(3) Facultad de Estudios Superiores Zaragoza-UNAM, México

(4) Facultad de Enfermería, UCC, Irlanda.

Presentado por: Andrés Lizano Pérez.

Resumen: México enfrenta el reto de reducir brechas en acceso y calidad de atención. Aunque la salud digital y la ampliación del rol de enfermería han ingresado a la agenda política, persisten obstáculos que limitan su integración en el primer nivel. El objetivo del estudio fue analizar los elementos que influyen en el progreso de la intersección salud digital-enfermería, señalando facilitadores y barreras para así formular recomendaciones orientadas a la atención de diabetes. Se realizó un estudio cualitativo con enfoque de análisis político, en cuatro fases iterativas: Delimitación del contexto mediante revisión documental (n=8), entrevistas (n=8) y observación (n=6); Mapeo de actores con entrevistas adicionales (n=11) y observación (n=6); Triangulación de datos codificados; y Formulación de recomendaciones. Los hallazgos evidencian ausencia de leyes, normas y guías en torno al fenómeno explorado. El mapeo de actores mostró predominio de promotores en el sector gobierno, aunque con alta fragmentación entre sectores. Se identificaron facilitadores y barreras agrupados en cinco componentes: entorno, persona, salud, innovación y enfermería. Se concluye que para acelerar la intersección salud digital-enfermería en México se requiere consolidar marcos normativos, establecer mesas intersectoriales y diseñar trayectorias profesionales que incluyan competencias digitales en atención primaria, lo que apoyará a fortalecer la respuesta a la diabetes y avanzar hacia la cobertura universal.

- **Cocreación de una intervención digital para la detección temprana del pie diabético: del diseño participativo al desarrollo del estudio de viabilidad.**

Autores: Lourdes Cruzado-Castro⁽¹⁾, María Lazo-Porras⁽¹⁾, Guillermo Almeida-Huanca⁽¹⁾, Josselyn Jauregui⁽¹⁾, David Bustos⁽²⁾, Milagros M Quispe-Mendoza⁽¹⁾, Dayana Ticona⁽¹⁾, Jaime Miranda ⁽¹⁾⁽³⁾, Pablo Perel⁽⁴⁾, Juned Siddique⁽⁵⁾, Jacqueline Seigle⁽⁶⁾, Hueiming Liu⁽⁷⁾, Laura E Downey⁽⁷⁾⁽⁸⁾, David Beran⁽⁹⁾, Germán Comina⁽²⁾, David G. Armstrong⁽¹⁰⁾, Stephen Jan⁽⁷⁾, Jessica Hanae Zafra-Tanaka⁽¹⁾⁽⁹⁾.

- (1) CRONICAS Center of Excellence in Chronic Diseases, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
- (2) Research Group in Engineering for Health and the Environment (SAMA-UNI), Facultad de Ciencias, Universidad Nacional de Ingeniería, Perú.
- (3) Sydney School of Public Health, Faculty of Medicine and Health, The University of Sydney, Camperdown, NSW, Australia.
- (4) Faculty of Epidemiology and Population Health, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Reino Unido.
- (5) Department of Preventive Medicine, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, EEUU.
- (6) Department of Medicine, Massachusetts General Hospital, EEUU.
- (7) The George Institute for Global Health, University of New South Wales, Australia.
- (8) The George Institute for Global Health, Imperial College London, Reino Unido.
- (9) Division of Tropical and Humanitarian Medicine, Faculty of Medicine, University of Geneva and Geneva University Hospitals, Suiza.
- (10) Department of Surgery, Keck School of Medicine of University of Southern California, EEUU.

Presentado por: Lourdes Cruzado Castro

Resumen: La detección temprana de úlceras del pie diabético (UPD) sigue siendo limitada en entornos con recursos limitados debido a la fragmentación de la atención y el acceso restringido a especialistas. Si bien las herramientas móviles y de inteligencia artificial (IA) son prometedoras, su uso en Latinoamérica es escaso. El proyecto Foot Selfie aborda esta brecha mediante la creación conjunta de una aplicación e intervención basadas en IA para ayudar a detectar lesiones preulcerosas en los pies. El objetivo es describir cómo un proceso de creación conjunta con múltiples partes interesadas perfeccionó la intervención digital Foot Selfie e influyó en el diseño del estudio de viabilidad en Perú. De diciembre de 2024 a abril de 2025, se realizaron talleres de creación conjunta en Lima y Piura con 54 participantes, entre ellos personas con diabetes, cuidadores y profesionales de la salud. Las actividades incluyeron el mapeo del recorrido del paciente y pruebas iterativas de prototipos para perfeccionar la aplicación y la intervención, con el fin

de desarrollar el estudio de viabilidad. Las barreras para la prevención de las úlceras del pie diabético, como la escasa educación del paciente, las deficiencias en la formación del personal sanitario y las dificultades con la alfabetización digital, guiaron el desarrollo de materiales educativos y mejoras en la aplicación, como guías visuales, comandos de voz, resultados reorganizados y nuevos módulos. Los ejercicios de simulación ayudaron a definir los procedimientos metodológicos y operativos para el estudio de viabilidad, incluyendo estrategias de reclutamiento, flujos de trabajo de instalación y soporte, participación de los cuidadores, sistemas de recordatorio y canales de comunicación. La cocreación dio forma a una intervención digital centrada en el usuario y adaptada al contexto, lista para el estudio de viabilidad.

- **El uso de la inteligencia artificial en los hospitales.**

Autor: Troy Quast. University of South Florida, EEUU.

Presentado por: Troy Quast.

Resumen: El uso de la inteligencia artificial en la administración hospitalaria tiene el potencial de mejorar simultáneamente los resultados de los pacientes, optimizar la atención médica y reducir el uso ineficiente de los recursos. Sin embargo, para lograr estos beneficios se requiere un uso cuidadoso y reflexivo de la capacidad de procesamiento y los recursos humanos y financieros. Esta presentación comenzará describiendo los fundamentos de la IA aplicada a la administración hospitalaria, incluyendo una explicación accesible del aprendizaje automático. A continuación, se analizarán los insumos necesarios para implementar la IA en hospitales, como datos, personal y recursos informáticos. Se abordará la velocidad de revisión de los modelos de IA, así como los criterios que los hospitales deben utilizar para determinar el tamaño óptimo del modelo para su organización. Se revisará el aspecto, a menudo pasado por alto pero importante, de la evaluación del rendimiento del modelo. Se explicarán las medidas para evaluar la mejora de los indicadores clave de rendimiento (KPI) y se tratarán los sesgos y la desviación del modelo. La presentación concluirá con una descripción de cómo el Hospital General de Tampa se ha convertido en un líder mundial en el uso de la IA. Se describirán casos de uso con diversos socios, como Microsoft, Epic y Palantir. Se resumirán las aplicaciones de la IA en áreas como el reconocimiento de voz, la orientación al paciente y la asignación de personal. Se analizarán los problemas abordados, las herramientas empleadas y los desafíos a los que se enfrentará. Finalmente, se explorarán las oportunidades y los desafíos para el futuro despliegue de la IA.

- **Diseño y evaluación de un asistente virtual para la vigilancia activa de ESAVI asociados a vacunas contra la COVID-19 en Panamá.**

Autores: Idalina Cubilla-Batista⁽¹⁾, Jesica Candanedo⁽²⁾⁽³⁾, Rodrigo DeAntonio⁽⁴⁾, Yostin Añino⁽⁵⁾, Juan Camilo Barrero⁽⁶⁾, Carolina Alzamora⁽⁶⁾, Hildaaura Acosta de Patiño⁽⁶⁾

(1) Hospital Dr. Rafael Estévez, Aguadulce, Caja de Seguro Social, Panamá.

(2) Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Salud, Panamá.

(3) Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Panamá, Panamá.

(4) Centro de Vacunación e Investigación CEVAXIN, Panamá.

(5) Departamento de Fisiología y Comportamiento Animal, Universidad de Panamá, Panamá.

(6) Centro de Investigación e Información de Medicamentos y Tóxicos, Universidad de Panamá, Panamá.

Presentado por: Idalina Cubilla.

Resumen: El despliegue de la vacuna COVID-19 representó un avance sin precedentes en salud pública y exigió fortalecer la vigilancia activa centrada en el paciente. Se evaluó factibilidad, aceptabilidad y desempeño de NORA, un chatbot basado en WhatsApp, para vigilancia de ESAVI en Panamá que se diseñó con lenguaje natural y diálogos simples desarrollados por el equipo de investigación. Se realizó un estudio ambispectivo, observacional, con 778 participantes vacunados, con seguimiento sistemático semanal y mensual hasta por un año. Se incluyeron menores de edad con autorización de un adulto responsable y personas mayores de 18 años que recibieron alguna dosis bivalente en los ocho meses previos a su reclutamiento como participante del estudio. La mayoría fueron mujeres (53.7%) con edad entre 18 y 49 años (78%). Resultados claves: Adherencia: El seguimiento mensual fue significativamente superior al semanal ($p < 0.001$), estableciendo la frecuencia óptima. Aceptación: La satisfacción (Net Promoter Score) alcanzó una alta aceptación (74.5%) de la tecnología. Detección. ESAVI frecuentes: fiebre (21.3%), dolor en el brazo (20.6%) y cefalea (13.8%). NORA es una solución factible, aceptada y eficiente que fortalece la vigilancia activa en vacunación masiva. Esta experiencia demuestra que la integración de tecnologías digitales mejora notificación, comunicación bidireccional y confianza, sugiriendo un modelo escalable y replicable para revitalizar los sistemas regionales de farmacovigilancia.

Sesión 4: Participación social, sociedad civil y enfoques colaborativos.

Moderado por: Sara Ardila-Gómez, CONICET, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

- **Participación comunitaria en el diseño de intervenciones de salud: lecciones aprendidas del codiseño de intervenciones relevantes en Mozambique, Nepal y Perú.**

Autores: María Lazo-Porras⁽¹⁾, Mariella Bazán Maccera⁽¹⁾, Nikol Mayo-Puchoc⁽¹⁾, Nathaly Aya Pastrana⁽¹⁾, Brenda Caira-Chuquineyra⁽¹⁾, Silvana Pérez-León⁽¹⁾, Neusa Jessen⁽²⁾⁽³⁾, Valerio Govo⁽²⁾⁽³⁾, Celia Novela⁽²⁾⁽³⁾, Damasceno Albertino⁽²⁾⁽³⁾, Ujwal Gautam⁽²⁾⁽³⁾, Ashesh Pyakure⁽⁴⁾, Suman Bahadur Singh⁽⁴⁾, Vijay Kumar Khana⁽⁴⁾, Sanjib Kumar Sharma⁽⁴⁾.

(1) CRONICAS Centre of Excellence in Chronic Diseases, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú.

(2) Faculty of Medicine, Eduardo Mondlane University, Maputo, Mozambique.

(3) Research Unit, Department of Internal Medicine, Maputo Central Hospital. Maputo, Mozambique.

(4) B.P. Koirala Institute of Health Sciences. Dharan, Nepal.

Presentado por: Nikol Mayo Puchoc.

Resumen: Motivación: Las intervenciones en los sistemas de salud suelen desarrollarse a partir de perspectivas de expertos y evidencia existente. Sin embargo, este enfoque a menudo resulta insuficiente para abordar las necesidades y la diversidad sociocultural de las comunidades que reciben servicios de salud, lo que limita la sostenibilidad de las intervenciones. Objetivo: Para abordar este desafío, el proyecto COHESION-I desarrolló un proceso de codiseño en el nivel de atención primaria de salud en Mozambique, Nepal y Perú, centrándose en enfermedades crónicas y enfermedades tropicales desatendidas. El objetivo era diseñar de forma colaborativa intervenciones culturalmente relevantes para mejorar la calidad de los servicios de salud y la satisfacción del paciente. Metodología: El proceso constó de seis pasos: selección de sitios rurales y periurbanos, mapeo comunitario, definición de las características del producto, diseño preliminar, validación y ajustes finales. Participaron representantes de la comunidad y actores clave a nivel nacional, regional y local. Resultados: Cada país adaptó el proceso a su contexto. Se identificaron desafíos clave y se extrajeron lecciones aprendidas, como la necesidad de flexibilidad debido a factores geográficos y políticos; la importancia de adaptar las metodologías a las características de los participantes; el mantenimiento de una comunicación clara y continua para gestionar las

expectativas; y el enriquecimiento de los perfiles profesionales del equipo de investigación para desarrollar intervenciones complejas que... incorporar respetuosamente las recomendaciones de la comunidad."

- **Alianzas comunitarias, pluralidad de actores y participación social: una metodología para la formación y fortalecimiento del liderazgo del proyecto CUIDA Chagas.**

Autores: Debbie Vermeij⁽¹⁾, Valentina Carranza Weihmüller⁽¹⁾, Javier Augusto Abi-Saab Arrieche⁽¹⁾, Raphaela Delmondes Nascimento⁽²⁾, Josefina Alegre Guillen⁽¹⁾⁽⁴⁾, José Alexandre Menezes da Silva⁽¹⁾, Luanna Merigete Santos⁽¹⁾, Gustavo Salgado Silva⁽¹⁾,

Vidália Lesmo⁽¹⁾⁽⁴⁾, Eliana Amorim de Souza⁽¹⁾⁽³⁾, Andréa Silvestre de Sousa⁽¹⁾.

(1) Projeto CUIDA Chagas, INI, Fiocruz

(2) Universidade de Pernambuco

(3) Universidade Federal da Bahia

(4) Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA), Paraguay.

Presentado por: Debbie Vermeij

Resumen: En las Américas, la participación social en salud se considera un pilar para democratizar las políticas y fomentar la articulación entre el Estado y la sociedad. En contextos marcados por inequidades históricas y territoriales, como Brasil y Paraguay, la enfermedad de Chagas (EC) sigue siendo una enfermedad tropical desatendida (ETD), que requiere mayor integración y proximidad entre la gestión, los servicios y las comunidades. Presentamos la metodología del Proyecto Chagas de CUIDA para la capacitación y el fortalecimiento del liderazgo en EC, orientado a la participación de las personas afectadas y los miembros de las comunidades en riesgo. La iniciativa incluyó la construcción participativa de una guía y la implementación de 3 ciclos de capacitación. Los territorios involucrados fueron 5 municipios en Brasil (2024 y 2025) y 5 en Paraguay (2025). La metodología se organiza en etapas: taller local para movilización e identificación de líderes, curso intensivo presencial, acciones de intervención y promoción política en los territorios y reuniones." Articulación de red. Las actividades realizadas en ambos países reunieron a más de 125 participantes (personas afectadas, familiares, profesionales de la salud y líderes comunitarios). Los resultados preliminares indican el potencial de la metodología para ampliar la apropiación del conocimiento sobre la diabetes descompensada y el derecho a la salud, diversificar la participación social en las enfermedades tropicales desatendidas, dotar a los grupos locales de herramientas

para ejercer su liderazgo y contribuir a la consolidación de redes de alianzas a nivel nacional.

- **Construyendo resiliencia juntos: un programa de capacitación en línea sobre preparación para desastres para líderes comunitarios.**

Autores: Amber Mehmood⁽¹⁾, Ann Joyce⁽¹⁾.

(1) Department of Global, Environmental and Genomic Health Sciences, University of South Florida College of Public Health, EEUU.

(2) Lifelong Learning Academy, University of South Florida College of Public Health, Tampa, FL, EEUU.

Presentado por: Amber Mehmood.

Resumen: Este programa de capacitación comunitaria para la preparación ante desastres aborda la creciente frecuencia e intensidad de los desastres que afectan a comunidades diversas y vulnerables. Dirigido a trabajadores sociales y líderes comunitarios, este microcurso fortalece la gestión colectiva de desastres y la resiliencia mediante el desarrollo de conocimientos, la autoeficacia y habilidades prácticas de preparación. Se basa en los hallazgos del estudio exploratorio Prephugee, adaptado culturalmente, que aumentó la concienciación, la confianza y la preparación de los hogares refugiados en Florida ante desastres. Desarrollado en colaboración con líderes y profesionales comunitarios, el plan de estudios abarca los impactos de los desastres, la evaluación de las necesidades de la comunidad, la identificación de recursos y las estrategias de participación para poblaciones diversas. Los participantes adquieren experiencia práctica utilizando herramientas para la evaluación de la vulnerabilidad y la movilización de recursos comunitarios. Impartido a través de la Academia de Aprendizaje Permanente de la Universidad del Sur de Florida, el programa ofrece instrucción virtual, microcertificados, créditos CPH y distintivos digitales. Este modelo escalable y sostenible fomenta una cultura de preparación, fortalece la capacidad local y empodera a las comunidades marginadas para que participen activamente en su propia seguridad y recuperación.

- **Inclusión e influencia de la sociedad civil en las alianzas mundiales para la salud: perspectivas de la respuesta al COVID-19.**

Autores: Leah Shipton, Universidad Simon Fraser, Canadá.

Presentado por: Leah Shipton.

Resumen: Introducción: La sociedad civil contribuye a la formulación de políticas eficaces y equitativas en la gobernanza global de pandemias. Sin embargo, a

menudo no se la incluye de manera significativa en la gobernanza, impidiendo así que ejerza esta influencia. Contexto y objetivo: La sociedad civil presentó distintos niveles de inclusión en el Acelerador de Acceso a Herramientas contra la COVID-19 (ACT-A), la alianza público-privada que gestionó la respuesta a la COVID-19. Esta investigación examina las razones de esta diversidad en la inclusión de la sociedad civil y sus implicaciones para su influencia en la gobernanza. Métodos: Estudio de caso comparativo de cuatro sectores de la sociedad civil en ACT-A, basado en 54 entrevistas y 654 documentos. Resultados: Cinco condiciones determinaron el nivel de inclusión de la sociedad civil en ACT-A. La sociedad civil experimentó una mayor inclusión cuando las agencias de ACT-A: 1) presentaban una gran brecha de necesidades, 2) tenían un alto grado de familiaridad institucional y respeto por la sociedad civil, y 3) no estaban influenciadas por la industria; y cuando la sociedad civil: 4) contaba con una dinámica de trabajo interna cohesionada y 5) comunicaba un valor añadido claro. Nivel de inclusión Esto dio lugar a diferencias en la influencia de la sociedad civil en la gobernanza, reflejadas en sus contribuciones a las políticas de promoción del acceso. Contribuciones: Estas condiciones de inclusión de la sociedad civil cubren una laguna en el conocimiento académico y deben ser puestas a prueba en otras instituciones de gobernanza, además de servir de base para la reforma de la gobernanza en tiempos de pandemia, incluyendo el diseño de una plataforma inclusiva de contramedidas médicas.

- **Construyendo agendas compartidas: el poder de la colaboración interregional para transformar la equidad en salud.**

Autores: Rocío Sáenz Madrigal⁽¹⁾, Ingrid Gómez Duarte⁽¹⁾, Luis Fernando Solís Calvo⁽¹⁾, Jossel Quesada Chaves⁽¹⁾.

(1) Red de las Américas para la Equidad en Salud, Costa Rica.

Presentado por: Luis Fernando Solís Calvo

Resumen: La colaboración interregional es clave para enfrentar las inequidades persistentes globalmente. La fragmentación entre regiones limita el fortalecimiento de los sistemas de salud y la integración de enfoques diversos. La cooperación Sur-Sur es un mecanismo fundamental para generar respuestas colectivas, contextualizadas y orientadas a la equidad. La trayectoria de la Red de las Américas para la Equidad en Salud (RAES) desde 2017 la consolida como una plataforma de investigación, educación y acción social. Pero, a pesar de sus avances, persisten desafíos en la formalización de mecanismos de coordinación e interacción interregionales e incidencia en espacios globales de toma de decisiones. Mediante un enfoque por fases, se identificaron redes homólogas, se analizaron puntos de

convergencia estratégica, se desarrollaron “laboratorios de ideas”, se construyó un plan de trabajo interregional, se formalizaron acuerdos y se diseñó una agenda común para la acción por la equidad. La articulación de la RAES con redes homólogas en Europa y África, como HEN y EQUINET, respectivamente, muestra avances en la integración de perspectivas regionales, la propuesta de investigaciones comparativas y la generación de productos colaborativos con potencial impacto en políticas públicas. La colaboración interregional resulta efectiva en la producción inclusiva y representativa de conocimiento, fortalecimiento de capacidades locales y el avance hacia sistemas integrados, justos y resilientes.



