

eBook



SALUD INTEGRAL



SALUD INTEGRAL:

uniendo profesiones, salvando vidas



SALUD INTEGRAL:

uniendo profesiones, salvando vidas

Luis Alejandro Proaño Anchatipán
Katiuska Elizabeth Loor Vélez
Anileisy García Calzadilla
Damaris Katherine Macías Vélez
Laura Yadira Rivera Vergara
Giancarlo Daniel Salazar Olaya
Taycya Ramírez Pérez
Cinthya Lucía Rodríguez Orozco
María Felicidad Vélez Cuenca
Edgar Andrés Menéndez Cuadros
Vicenta Nazaela Vélez Silva
Verónica María Valle Delgado
Karen Carolina Chila García
Erik David Pilataxi Fernández
Rosa Estefanía Aldaz Sánchez
Mónica Fernanda Chimbo Ramos
Jorge Luis Aguirre Borja
Josselyn Mariana Muentes Vélez
José Gabriel Pilay Chávez
Gustavo Ernesto Montijano Damico

María José Muentes Vélez
Nube Beatriz Sanmartín Matute
Ajan Nemias Holguin Quichimbo
Aida Monserrate Macías Alvia
Cristian Paúl Rivilla Quijia
Joselyn Fernanda Garcés Toledo
Valeria Elizabeth Astudillo Cuenca
Jazmín Beatriz Anzules Guerra
José Manuel Piguave Reyes
María Jaritza Espinoza Macías
Velky Viagnette Vera Vélez
Shirley Rosario Ponce Merino
Geomara Gissela Dueñas Zambrano
María Monserrate Cantos Sánchez
Cristian Patricio Calle Velesaca
Jared Salomé Macías Flores
Yelennis Galardy Domínguez
Marina Alexandra Rosero Oñate
Elena Silvana Guaña Bravo
Javier Jonathan Matute Santana

Autores Investigadores



SALUD INTEGRAL:

uniendo profesiones, salvando vidas

AUTORES

INVESTIGADORES

Luis Alejandro Proaño Anchatipán

Instituto Tecnológico Superior Cordillera



luis.proano@cordillera.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0001-2165-4551>

Katiuska Elizabeth Loor Vélez

Universidad Técnica de Manabí



katuska.loor@utm.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0003-3503-4342>

Anileisy García Calzadilla

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Manabí



agarcia@pucesm.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0008-5796-3488>

Damaris Katherine Macías Vélez

ASES: Asociación de Servicios de Educación en Salud



Dm509229@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5173-3472>

Laura Yadira Rivera Vergara

Universidad Bolivariana del Ecuador



lyriverav@ube.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0001-1089-4736>

Giancarlo Daniel Salazar Olaya

Universidad Bolivariana del Ecuador

Universidad Tecnológica ECOTEC



giandaniel18@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-6172-7217>

Taycia Ramírez Pérez

Universidad Bolivariana del Ecuador

Universidad de Guayaquil



tayciarp@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2730-0946>

Cinthya Lucía Rodríguez Orozco

Universidad Bolivariana del Ecuador

Universidad de Guayaquil



clrodriguez@ube.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-5513-5170>

María Felicidad Vélez Cuenca

Universidad Técnica de Manabí



felicidad.velez@utm.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-1360-6285>

Edgar Andrés Menéndez Cuadros

Universidad San Gregorio de Portoviejo



eamenendez@sangregorio.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0002-8271-4076>

Vicenta Nazaela Vélez Silva

Filiación Independiente



nazaelavelez22@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-7639-8501>

Verónica María Valle Delgado

Universidad Técnica de Babahoyo



vvalle@utb.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0003-1443-6668>

Karen Carolina Chila García

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas

 karen.chila@pucese.edu.ec

 <https://orcid.org/0000-0003-2406-2196>

Erik David Pilataxi Fernández

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo

 Epilataxi890@pucesd.edu.ec

 <https://orcid.org/0009-0001-5321-629X>

Rosa Estefanía Aldaz Sánchez

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo

 realdazs@pucesd.edu.ec

 <https://orcid.org/0000-0003-2127-4433>

Mónica Fernanda Chimbo Ramos

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo

 mfchimbo@pucesd.edu.ec

 <https://orcid.org/0009-0002-5440-5700>

Jorge Luis Aguirre Borja

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo

 jaguirre346@pucesd.edu.ec

 <https://orcid.org/0000-0001-5649-2292>

Josselyn Mariana Muentes Vélez

Filiación Independiente

 josselyn.muentesv.26@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-5362-8008>

José Gabriel Pilay Chávez

Universidad Técnica de Manabí

 jose.pilay@utm.edu.ec

 <https://orcid.org/0000-0003-1813-3488>

Gustavo Ernesto Montijano Damico

Universidad Bolivariana del Ecuador

Universidad Politécnica Salesiana

 gemontijanod@ube.edu.ec

 <https://orcid.org/0009-0000-9816-203X>

María José Muentes Vélez

Filiación Independiente

 mariajosemuve94@gmail.com

 <https://orcid.org/0009-0005-3049-9935>

Nube Beatriz Sanmartin Matute

Universidad Técnica de Manabí

 nube.sanmartin@utm.edu.ec

 <https://orcid.org/0000-0002-5713-2413>

Ajan Nemias Holguin Quichimbo

Universidad Estatal del Sur de Manabí

 holguin-ajan2762@unesum.edu.ec

 <https://orcid.org/0009-0004-0628-2640>

Aida Monserrate Macías Alvia

Universidad Estatal del Sur de Manabí;

 aida.macias@unesum.edu.ec

 <https://orcid.org/0000-0001-5290-4317>

Cristian Paúl Rivilla Quijia

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo

 cprivilla@pucesd.edu.ec

 <https://orcid.org/0009-0009-0291-001X>

Joselyn Fernanda Garcés Toledo

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo

 jfgarces@pucesd.edu.ec

 <https://orcid.org/0009-0000-2227-7770>

Valeria Elizabeth Astudillo Cuenca

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Manabí

 veastudillo@pucesm.edu.ec

 <https://orcid.org/0009-0000-5463-7355>

Jazmín Beatriz Anzules Guerra

Universidad Técnica de Manabí

 jazmin.anzules@utm.edu.ec

 <https://orcid.org/0000-0002-2789-5831>

José Manuel Piguave Reyes

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo



jmpiguave@pucesd.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0002-6181-0555>

María Jaritza Espinoza Macías

Universidad Estatal del Sur de Manabí



maria.espinoza@unesum.edu.ec



<https://orcid.org/0009-0000-1025-3990>

Velky Viagquette Vera Vélez

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo



vvvera@pucesd.edu.ec



<https://orcid.org/0009-0004-6051-1264>

Shirley Rosario Ponce Merino

Universidad Estatal del Sur de Manabí



Shirley.ponce@unesum.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0003-2146-5045>

Geomara Gissela Dueñas Zambrano

Universidad San Gregorio de Portoviejo



ggdueñas@sangregorio.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0001-8498-2475>

María Monserrate Cantos Sánchez

Universidad Técnica de Ambato



mm.cantos@uta.edu.ec



<https://orcid.org/0009-0002-7935-4110>

Cristian Patricio Calle Velesaca

Unidad educativa Particular Rosa de Jesús Cordero



cristian_calle.v@hotmail.com



<https://orcid.org/0000-0003-34736-1621>

Jared Salomé Macías Flores

Universidad Estatal del Sur de Manabí



macias-jared0507@unesum.edu.ec



<https://orcid.org/0009-0004-6376-6035>

Yelennis Galardy Domínguez

Universidad San Gregorio de Portoviejo



ygalardy@sangregorio.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0002-6394-5584>

Marina Alexandra Rosero Oñate

Ministerio de Salud Pública- Dirección Distrital 17D03



marina.rosero@17d03.mspz9.gob.ec



<https://orcid.org/0000-0001-6887-479X>

Elena Silvana Guaña Bravo

Universidad Técnica de Manabí

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Manabí



elsgub1701@hotmail.com



<https://orcid.org/0000-0002-5749-182X>

Javier Jonathan Matute Santana

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Manabí



jjmatute@pucesm.edu.ec



<https://orcid.org/0009-0008-2735-5932>

SALUD INTEGRAL:

uniendo profesiones, salvando vidas

REVISORES ACADÉMICOS

Cruz Xiomara Peraza de Aparicio

Especialista en Medicina General de Familia;

PhD. en Ciencias de la Educación;

PhD. en Desarrollo Social;

Médico Cirujano;

Docente Titular en la Carrera de Enfermería de la Universidad Metropolitana;
Guayaquil, Ecuador;

 xiomaparicio199@hotmail.com;

 <https://orcid.org/0000-0003-2588-970X>

Yanetzi Loimig Arteaga Yáñez

PhD en Ciencias de la Educación;

Magíster en Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo;

Especialista en Enfermería Perioperatoria;

Licenciada en Enfermería;

Coordinadora de la Carrera de Enfermería de la Universidad Metropolitana;
Guayaquil, Ecuador;

 yanetziarteaga@gmail.com;

 <https://orcid.org/0000-0002-1004-255X>

CATALOGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Luis Alejandro Proaño Anchatipán
Katiuska Elizabeth Loor Vélez
Arileisy García Calzadilla
Damaris Katherine Macías Vélez
Laura Yadira Rivera Vergara
Giancarlo Daniel Salazar Olaya
Taycicia Ramírez Pérez
Cinthya Lucía Rodríguez Orozco
María Felicidad Vélez Cuenca
Edgar Andrés Menéndez Cuadros
Vicenta Nazaela Vélez Silva
Verónica María Valle Delgado
Karen Carolina Chila García
Erik David Pilatxi Fernández

AUTORES:

Rosa Estefanía Aldaz Sánchez
Mónica Fernanda Chimbo Ramos
Jorge Luis Aguirre Borja
Josselyn Mariana Muentes Vélez
José Gabriel Pilay Chávez
Gustavo Ernesto Montijano Damico
María José Muentes Vélez
Nube Beatriz Sanmartín Matute
Ajan Nemias Holguin Quichimbo
Aida Macías Alvia
Cristian Paúl Rivilla Quijia
Joselyn Fernanda Garcés Toledo
Valeria Elizabeth Astudillo Cuenca

Jazmín Beatriz Anzules Guerra
José Manuel Piguave Reyes
María Jaritza Espinoza Macías
Velky Viagnette Vera Vélez
Shirley Rosario Ponce Merino
Geomara Gissela Dueñas Zambrano
María Monserrate Cantos Sánchez
Cristian Patricio Calle Velesaca
Jared Salomé Macías Flores
Yelennis Galardy Domínguez
Marina Alexandra Rosero Oñate
Elena Silvana Guaña Bravo
Javier Jonathan Matute Santana

Título: Salud Integral: uniendo profesiones, salvando vidas

Descriptores: Ciencias Médicas; Investigación médica; Formación médica; Atención médica

Código UNESCO: 32 Ciencias Médicas

Clasificación Decimal Dewey/Cutter: 610/P940

Área: Ciencias de la Salud

Edición: 1^{era}

ISBN: 978-9942-579-16-4

Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador, 2025

Ciudad, País: Quito, Ecuador

Formato: 148 x 210 mm.

Páginas: 167

DOI: <https://doi.org/10.26820/978-9942-579-16-4>

URL: <https://mawil.us/repositorio/index.php/academico/catalog/book/189>

Texto para docentes y estudiantes universitarios

El proyecto didáctico **Salud Integral: uniendo profesiones, salvando vidas**, es una obra colectiva escrita por varios autores y publicada por MAWIL; publicación revisada por el equipo profesional y editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de MAWIL de New Jersey.

© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.



Usted es libre de:
Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.
Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

Director Académico: PhD. Lenín Suasnábas Pacheco

Dirección Central MAWIL: Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006

Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador: Mg. Vanessa Pamela Quishpe Morochó

Dirección de corrección: Mg. Ayamara Galanton.

Editor de Arte y Diseño: Leslie Letizia Plua Proaño

Corrector de estilo: Lic. Marcelo Acuña Cifuentes

SALUD INTEGRAL:

uniendo profesiones, salvando vidas

Índices

Contenidos



Prologo -----	17
Introducción: -----	19

Capítulo I.

FUNDAMENTOS DE LA SALUD INTEGRAL-----	22
<i>Luis Alejandro Proaño Anchahipán; Katiuska Elizabeth Loor Vélez; Anileisy García Calzadilla; Damaris Katherine Macías Vélez</i>	

Capítulo II.

La Sinergia Profesional en el Cuidado de la Salud -----	35
<i>Laura Yadira Rivera Vergara; Giancarlo Daniel Salazar Olaya; Taycia Ramírez Pérez; Cinthya Lucía Rodríguez Orozco</i>	

Capítulo III.

Promoción y Prevención de la Salud -----	46
<i>Maria Felicidad Vélez Cuenca; Edgar Andrés Menéndez Cuadros; Vicenta Nazaela Vélez Silva; Verónica María Valle Delgado</i>	

Capítulo IV.

Innovación Tecnológica y Salud Digital-----	57
<i>Karen Carolina Chila García; Erik David Pilataxi Fernández; Rosa Estefanía Aldaz Sánchez; Mónica Fernanda Chimbo Ramos</i>	

Capítulo V.

Salud Global y Sostenibilidad -----	71
<i>Jorge Luis Aguirre Borja; Josselyn Mariana Muentes Vélez; José Gabriel Pilay Chávez; Gustavo Ernesto Montijano Damico</i>	

Capítulo VI.

Investigación e Innovación Multidisciplinaria -----	82
<i>Maria José Muentes Vélez; Nube Beatriz Sanmartin Matute; Ajan Nemias Holguin Quichimbo; Aida Macías Alvia</i>	

Capítulo VII.

Educación y Formación en Salud Integral -----	95
<i>Cristian Paúl Rivilla Quijja; Joselyn Fernanda Garcés Toledo; Valeria Elizabeth Astudillo Cuenca; Jazmín Beatriz Anzules Guerra</i>	

Capítulo VIII.

- Retos y Futuro de la Salud Integral ----- 107
*José Manuel Piguave Reyes; María Jaritza Espinoza Macías;
Velky Viagnette Vera Vélez; Shirley Rosario Ponce Merino*

Capítulo IX.

- Salud Mental y su enfoque integral: ----- 120
*Geomara Gissela Dueñas Zambrano; María Monserrate Cantos Sánchez;
Cristian Patricio Calle Velesaca; Jared Salomé Macías Flores*

Capítulo X.

- Ética y políticas públicas en salud----- 132
*Yelennis Galardy Domínguez; Marina Alexandra Rosero Oñate;
Elena Silvana Guaña Bravo; Javier Jonathan Matute Santana*

- Bibliografía ----- 145

SALUD INTEGRAL:

uniendo profesiones, salvando vidas

Índices

Tablas



Tabla 1. Principales barreras identificadas para la adopción de la telemedicina -----	62
Tabla 2. Beneficios de la competencia cultural en salud-----	78
Tabla 3. Comparación de las características de fármacos de síntesis químicas y biofármacos o medicamentos biológicos -----	92
Tabla 4. Inversión en I + D en Biotecnología en el sector empresarial y público, países de la OCDE -----	94
Tabla 5. Enfoques tradicionales en comparación con enfoques actuales de la formación en salud -----	99
Tabla 6. Temas éticos en salud pública -----	135

SALUD INTEGRAL:

uniendo profesiones, salvando vidas

Índices

Ilustraciones



Ilustración 1. Algunos Modelos de promoción de la salud -----	51
Ilustración 2. Machine learning y aplicaciones más utilizadas en el área clínica-----	67
Ilustración 3. Algoritmo de clasificación de tipos de diseños de investigación -----	85

SALUD INTEGRAL:

uniendo profesiones, salvando vidas

Prólogo



El concepto de salud ha tenido una evolución que, a la vez, ha amplificado su extensión, al incluir muchos temas que antes no tenían ninguna conexión, y ha profundizado sus relaciones con campos del conocimientos y temáticas, hasta convertir el campo de su saber y práctica en una confluencia multidisciplinaria.

Por supuesto, después de las redefiniciones hechas por la Organización Mundial de la Salud, quedó para la historia la noción de que la salud se trataba únicamente de la ausencia de enfermedad, lo cual tenía implicaciones en varios escenarios, desde la formación de los profesionales del área, hasta el diseño de políticas públicas y la orientación metodológica y epistemológica de las investigaciones.

Es allí donde los debates teóricos y conceptuales generales, que atañen al conjunto de las ciencias, como el desafío significado por el pensamiento complejo, han dejado una impronta. Al derivar hacia el énfasis de la Atención Primaria, se han hecho pertinentes los modelos y metodologías que parten de la totalidad, con una perspectiva holística y sistemática, que incorpora, decisivamente, los determinantes sociales de la salud.

La transformación también ha tocado los aspectos éticos, jurídicos y políticos, acentuándose la importancia de las redefiniciones y orientaciones de las organizaciones internacionales y los acuerdos entre países, con repercusiones en la legislación y la estructuración de los sistemas de salud de cada nación.

El presente texto ofrece al estudiante, al profesional que busca consultar algún aspecto de esta compleja problemática, y al público en general, una actualización en los diversos temas que se han puesto sobre el tapete, relacionado con lo que hoy se considera una reformulación del concepto de salud, cuyo debate y enriquecimiento continúa con la investigación y los intercambios entre los equipos interdisciplinarios que, en todo el mundo, continúan profundizando en los conceptos, teorías y modelos, así como reuniendo nuevas evidencias.

SALUD INTEGRAL:

uniendo profesiones, salvando vidas

Introducción



Como resultado de un prolongado período de investigaciones, debates, acuerdos y revisiones teóricas y prácticas, el concepto de salud designa hoy un espacio de confluencias de saberes y orientaciones que trascienden las fronteras disciplinarias. Se ha derivado entonces una concepción de la salud integral que tiene un enfoque holístico, que busca el equilibrio y la armonía entre el cuerpo, la mente, el espíritu y el entorno social, reorientando los esfuerzos de la práctica profesional y las políticas públicas, hacia la prevención, el autocuidado y la búsqueda de la causa subyacente de los problemas, en lugar de solo eliminar los síntomas.

La salud, producto de una reformulación que no deja de profundizarse, ya no se concibe como simplemente no estar enfermo (la ausencia de dolencias físicas), sino que es un estado de bienestar completo que abarca e interconecta todas las dimensiones del ser humano. Ya se consideran como nociones superadas el enfoque fragmentado, propio de cierta visión positivista o biologicista, que solo trata los síntomas físicos de forma aislada. El concepto integral de la salud lo expande, alineándose con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social.

El enfoque holístico, hoy predominante, tiene, entre sus implicaciones más significativas, ver al individuo como una unidad interconectada en el marco de una totalidad biopsicosocial e histórico y cultural, donde un desequilibrio en una afecta a todas las demás. El presente texto tiene como objetivo exponer las consecuencias de esta nueva definición holística, compleja y sistémica de la salud integral, tanto en la teoría como en la práctica, en los diversos escenarios donde se ha hecho evidente el impacto de este cambio de paradigmas.

De esta manera, en el Capítulo 1, titulado Fundamentos de la Salud Integral, se explica el concepto de salud integral y su enfoque holístico, tocando aspectos como los principios de la atención multidisciplinaria, elementos de la historia de la integración profesional en el cuidado de la salud, la promoción de hábitos responsables y sostenibles en el cuidado, la importancia de un enfoque multidisciplinario y la necesidad del respeto por la diversidad cultural. Seguidamente, en el capítulo 2, La Sinergia Profesional en el Cuidado de la Salud, se aborda el significado de la sinergia en salud, sus beneficios en los contextos clínicos, comunitarios y educativos, los roles y funciones en equipos interdisciplinarios entre médicos, enfermeros, terapeutas, laboratoristas y docentes, en la prevención y promoción de la salud pública, en la comunicación intercultural y una visión prospectiva de esa sinergia como modelo de futuro.

A continuación, el capítulo 3 aborda Promoción y Prevención de la Salud, exponiendo elementos de las estrategias comunitarias, el papel de cada profesional, el diseño de campañas de salud inclusiva y estrategias preventivas, la actividad física como pilar de la prevención en salud integral entre otros temas relacionados. En el capítulo 4, se referirá a la Innovación Tecnológica y Salud Digital, explorando temas como las aplicaciones digitales en salud, la Telemedicina, la Inteligencia Artificial en diagnósticos y tratamiento, la innovación en el diagnóstico y la rehabilitación física, y, en general, la utilidad de las nuevas herramientas digitales en las profesiones de la salud.

El capítulo 5, se trata de la Salud Global y Sostenibilidad, partiendo del concepto de salud global en el siglo XXI, el reconocimiento de las necesidades de salud específicas de culturas alrededor del mundo, los determinantes sociales y económicos de la salud global, la relación entre el medio ambiente y salud: colaboración con ecologistas y urbanistas, y en general, la salud global y sus retos. A continuación, el capítulo 6, dedicado al tema de la Investigación e Innovación Multidisciplinaria. Luego, el capítulo 7 estará dedicado a desarrollar el tema de la Educación y Formación en Salud Integral.

El texto continúa con el Capítulo 8, donde se aborda el tema de los Retos y Futuro de la Salud Integral, y, seguidamente, el capítulo 9 se referirá a la Salud Mental y su enfoque integral: Interconexión entre salud mental y salud física, para cerrar el libro con el capítulo 10, acerca de la Ética y políticas públicas en salud.

SALUD INTEGRAL:

uniendo profesiones, salvando vidas

Capítulo 1

FUNDAMENTOS DE LA SALUD INTEGRAL

AUTORES: Luis Alejandro Proaño Anchahipán; Katiuska Elizabeth Loor Vélez;
Anileisy García Calzadilla; Damaris Katherine Macías Vélez



Concepto de salud integral: más allá de la ausencia de enfermedad, un enfoque holístico

Las ciencias de la salud han atravesado, en los dos últimos siglos, un proceso de cambios profundos, no solo debidos a los hallazgos empíricos, señalados por las evidencias de observaciones clínicas apoyadas en novedosas tecnológicas, sino también, y muy importante, al desplazamiento y obsolescencia de sus conceptos básicos, como lo es la misma noción de “salud”, revisada, cuestionada y finalmente cambiada por la comunidad científica de la medicina y demás disciplinas afines desde la década de los cincuenta del siglo pasado.

Por eso, es un criterio obsoleto entender o, peor, actuar inconscientemente, siguiendo el criterio de que la salud es simplemente ausencia de enfermedad. Esto amerita una reflexión que ponga en cuestión, no solo la actuación del médico, la enfermera, bioanalista o cualquier otra profesión relacionada, sino también la formulación de políticas de salud por parte del Estado, que debe actualizarse siguiendo los lineamientos de las organizaciones internacionales y multilaterales, que ya han construido, a través de todas estas décadas, un nuevo marco conceptual.

Especificamente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha roto con esa noción estrecha de salud como ausencia de enfermedad, considerando hallazgos fundamentales, como el impacto de los factores que van más allá de los fisiológicos, orgánicos o limitadamente biológicos en la vida humana, además de una revisión de la noción de Humanidad más profunda. Gracias a la labor y el logro de nuevos consensos de la comunidad científica, se ha reconocido la importancia de los factores sociales, económicos y psicológicos, además de lo ambiental y lo cultural, en el bienestar de los seres humanos. Este cambio, verdaderamente paradigmático, obtuvo su consagración en el encuentro de Alma Ata de la OMS de 1946 y ratificado en 1978 (1). Para evidenciar la transformación de los fundamentos de la salud, es pertinente presentar los puntos más significativos de la declaración de esa importante reunión internacional:

- I. La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y es un derecho humano fundamental. La consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, que requiere de la acción de muchos sectores.
- II. La desigualdad existente en la salud de las personas es inaceptable e involucra de manera común a todos los países.

- III. El desarrollo económico y social es esencial para poder alcanzar la salud para todos, y la salud es esencial para el desarrollo sostenible y la paz en el mundo.
- IV. Las personas tienen el derecho y el deber de participar en la planificación e implementación de su atención sanitaria.
- V. Un objetivo principal de los gobiernos y la comunidad internacional debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar una vida productiva social y económicamente. La atención primaria de salud (APS) es la clave para conseguir este objetivo.
- VI. La consecución de la salud, por la población de un país, afecta y beneficia directamente a cualquier otro país. Todos los países deberían cooperar para asegurar la APS en todo el mundo.
- VII. Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000 mediante una utilización mejor de los recursos mundiales, gran parte de los cuales se gastan hoy día en conflictos militares (1).

Sirven estas definiciones de principio para, entre otras cosas, colocarlas como respuesta frente a situaciones de destrucción del ser humano y de su hábitat, que hoy continúan, con perspectivas de repetirse dadas las constantes amenazas a la paz mundial, el desarrollo industrial que lleva al límite los recursos de la naturaleza y crea nuevas amenazas a los equilibrios ecológicos.

También, estas definiciones tienen consecuencias en la formación de cada profesión y, en general, la ética del profesional de la salud. Igualmente, es un llamado a la inter y multidisciplinariedad, que se hace necesaria ante la complejidad del panorama actual. Hoy en día, para comprender este concepto amplio de salud, hay que ir más allá de las consideraciones estrictamente científicas, para comprender también importantes considerando filosóficos (2)

Desglosando los diferentes componentes e implicaciones de la salud integral, debemos considerar, en primer término, el bienestar físico, que se evidencia en el funcionamiento óptimo del cuerpo, lo cual garantiza la energía y vitalidad necesarias para realizar las actividades diarias. También entra en esta definición, el bienestar mental manifestada en inteligencia emocional, la capacidad de manejar el estrés, gestionar las emociones en general y disfrutar la vida. Una dimensión básica, obviada por las concepciones biológicas,

es la del bienestar social, reflejado en el mantenimiento y construcción de relaciones satisfactorias con las demás personas, un sentido de pertenencia en una familia, grupo, clase social o nacionalidad, y la capacidad de contribuir positivamente a esa comunidad. Esto también tiene consecuencias que vinculan a la promoción de la salud integral a la lucha contra las exclusiones, las desigualdades y situaciones de carencia extrema, hambre o violencia.

Las políticas de salud pública que formulan y ejecutan los Estados, así como las acciones individuales de los profesionales, las familias y los propios pacientes, ya, de acuerdo a esta concepción holística de la salud, no se deben centrar exclusivamente en la curación o atención de los enfermos, sino en la promoción de un entorno que permita a las personas alcanzar este estado de bienestar completo, holístico.

Por otra parte, los grandes avances biotecnológicos del último siglo y medio, generaron alertas éticas acerca de la posible deshumanización de la medicina y las disciplinas de la salud en general. El uso de las TICs y la Inteligencia Artificial constituye un verdadero desafío, además de una oportunidad. La aparición de la bioética (3) y la Declaración de los Derechos de los Enfermos por la Asamblea Americana de Hospitales (4); la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, de la OMS y UNICEF (5), con el concepto de medicina preventiva; y los Códigos de Ética de distintas instituciones, como los gremios médicos (6), enfermeros (7), y otros, son puntos de referencia que ofrecen la perspectiva adecuada de lo que debería significar, y cómo definir, la salud.

Principios de la atención multidisciplinaria

En correspondencia con la definición de salud integral, la atención multidisciplinaria se plantea como un enfoque de equipo integrado para la atención médica, que se basa en el desarrollo de planes de tratamiento centrados en el paciente y la prestación de atención, mediante una responsabilidad compartida por varios profesionales de disciplinas referidas al bienestar de las personas, que colaboran, junto a los pacientes y sus familias, en evaluar las opciones de tratamiento y la planificación del tratamiento es un proceso de colaboración que también involucra a los pacientes y sus familias. La atención multidisciplinaria reconoce la complejidad de la salud humana, tomando en cuenta la actualización del conceto de salud ya comentada.

Esa colaboración se expresa en un plan de atención que toma en cuenta las necesidades, valores, y preferencias del paciente, quien se convierte en un participante activo en su propio tratamiento. Para evitar la fragmentación de los servicios y asegurar que todas las necesidades del paciente sean aborda-

das, se requiere una coordinación del cuidado por parte de los distintos profesionales de la salud trabajan de forma conjunta y organizada para ofrecer una atención coherente. Una condición fundamental para que esta colaboración sea efectiva, es el logro de una comunicación abierta y continua entre todos los miembros del equipo y con el paciente, que facilite compartir información, tomar decisiones de manera colaborativa y evitar errores o duplicaciones.

Este enfoque holístico es especialmente valioso para pacientes con condiciones crónicas o complejas, donde una sola especialidad no puede cubrir todas sus necesidades. La mayor satisfacción del paciente y un uso más eficiente del sistema de salud, se consigue gracias al trabajo en equipo que optimiza los recursos, reduce las complicaciones y errores, y logra mejores resultados de salud para el paciente.

De modo, que los principios de la atención multidisciplinaria se pueden resumir en el reconocimiento de la complejidad de la salud humana, lo cual exige, como aspecto fundamental, la comunicación y la colaboración entre diferentes disciplinas científicas y profesiones.

Historia de la integración profesional en el cuidado de la salud

Una historia amplia de las prácticas y saberes acerca de la salud, tendría que iniciarse con la referencia de concepciones del mundo que la modernidad ha creído superados y refutados por las ciencias naturales y sociales. Es decir, las antiguas civilizaciones, así como los grupos humanos cuyas creencias animistas sobreviven en muchas etnias, no distingúan, es más, vinculaban estrechamente lo espiritual y lo natural, manejando visiones como los seres inmateriales que actúan en ciclos naturales tan importantes como la reproducción. La antropología actual reconoce que, de una u otra forma, la noción del cuidado es una constante en todas las culturas estudiadas hasta ahora, donde los enfermos, los niños y los adultos mayores son objeto de un trato especial. El proceso de curación se identifica con ciertos rituales claramente representativos de otros tantos mitos. Además, los saberes acerca de la salud se organizaban con el fundamento de que no hay fronteras entre el mundo natural y el espiritual, lo cual implicaba, también, que la misma Divinidad legislaba y regía para ambas realidades (8).

La ciencia moderna construye unas formaciones discursivas completamente diferentes, que se inician con epistemes, es decir, formas de estructurar las experiencias y los saberes, a partir de, primero, la acumulación y clasificación de hechos, con amplias taxonomías, segundo, la búsqueda de explicaciones y de historias, incluidas las naturales desde la afirmación de

la evolución de las especies biológicas (9). En esta configuración de la modernidad epistemológica, hubo un período de máxima especialización de los conocimientos, que partió de la clara delimitación de objetos y métodos entre las ciencias naturales y las llamadas “Humanidades” o “ciencias del Espíritu” (10).

Con el surgimiento del pensamiento complejo y transdisciplinario (11), ha cambiado radicalmente la disposición anterior de los conocimientos y la práctica acerca de la salud. Al reconocer la complejidad de los problemas con que se enfrenta la Humanidad, incluida la crisis ecológica y la reconsideración de la salud, se implica la necesidad de una comunicación y colaboración entre las diferentes disciplinas científicas que, otrora, pugnaron por delimitar claramente sus respectivas jurisdicciones y objetos de estudio, abriendo el camino, no solo a la cooperación inter o multidisciplinaria, sino a la integración de diferentes disciplinas en otras nuevas, además del surgimiento nuevos campos de conocimientos híbridos.

En lo que a la salud y al cuidado se refiere, estos cambios epistémicos han conducido a nuevos paradigmas de integración científica y profesional en el cuidado de la salud. Estas transformaciones también han dejado atrás, en el espacio específico de la salud, modelos centrados en el médico y la enfermedad, avanzando hacia enfoques más holísticos y colaborativos.

El concepto de cuidado, descubierto como constante antropológica, ha evolucionado bastante a partir de una labor vocacional y caritativa, ejercida por personas sin una formación formal específica, como monjes, monjas o voluntarios, con un enfoque más en el “cuidado” que en la “curación”. En este proceso, el aporte significativo de Florence Nightingale en el siglo XIX constituyó un punto de inflexión que sentó las bases de la enfermería moderna, transformándola en una profesión con formación académica y una base científica. Esta evolución corresponde a un proceso de especialización profesional, en el cual a médicos y enfermeras se les asignó roles definidos, aunque su relación fuese claramente jerárquica.

Durante gran parte del siglo XX, prevaleció el modelo biomédico, que se enfocaba en la enfermedad y el tratamiento de órganos o sistemas específicos. Este enfoque llevó a una mayor especialización médica (cardiólogos, neurólogos, etc.), lo cual, si bien mejoró la calidad de la atención en áreas específicas, también causó una fragmentación del cuidado. Los profesionales trabajaban de forma aislada, lo que dificultaba una visión integral del paciente.

Fue a partir de la segunda mitad del siglo XX, cuando se reconoció la necesidad de superar la fragmentación del conocimiento por disciplinas o profesiones. El aumento de enfermedades crónicas, la complejidad de los tratamientos y la comprensión de que la salud es un estado integral (físico, mental y social) impulsaron el desarrollo de equipos multidisciplinarios. Este enfoque ha buscado la colaboración de diferentes profesionales (médicos, enfermeros, psicólogos, fisioterapeutas, trabajadores sociales) para abordar todas las necesidades del paciente de manera coordinada.

Enfermería como promotora de hábitos responsables y sostenibles en el cuidado

En este proceso de reconfiguración de las profesiones relativas a la salud, en su cooperación e incluso integración, la enfermería juega un papel crucial en la promoción de hábitos responsables y sostenibles en el cuidado de la salud, ya que los profesionales de esta área están en constante contacto con los pacientes y sus comunidades. Su labor se centra en la educación y el empoderamiento, transformando la teoría en práctica diaria.

Mediante el contacto directo con los pacientes o cuidados, los profesionales de la enfermería pueden instruir a pacientes y familiares acerca de los fundamentales hábitos saludables, entre los cuales se puede mencionar las dietas balanceadas, el ejercicio regular y un buen descanso, lo cual, no solo previenen enfermedades, sino que mejoran efectivamente la calidad de vida y reducen la necesidad de tratamientos médicos costosos e invasivos (12).

Además, el profesional de la Enfermería tiene una formación y una sensibilidad que tiende a sostener y cuidar, no solo la salud individual de cada paciente, sino también la salud del planeta y, en este sentido, los enfermeros pueden promover prácticas que reducen el impacto ambiental en el sector de la salud. Esto incluye la gestión adecuada de residuos sanitarios, el uso responsable de recursos (como agua y energía), y la promoción de la reutilización y el reciclaje en entornos clínicos.

El rol de los y las enfermeras también tiene la posibilidad cierta de enfocarse en empoderar a los individuos para que tomen control de su salud. Con tal fin, el profesional puede usar técnicas de motivación para ayudar a los pacientes a superar barreras y adoptar nuevos comportamientos. El enfoque holístico de la enfermería la convierte en una promotora natural de la preventión. (13).

Un llamado a reforzar el trabajo interdisciplinario como modelo de resiliencia

El trabajo interdisciplinario integra información, datos, métodos, herramientas, conceptos y/o teorías de dos o más disciplinas enfocadas en una pregunta compleja, problema o tópico (14). Se trata, además, de un modelo de resiliencia al fomentar una cultura de colaboración, comunicación y aprendizaje continuo que permite a los equipos y a los pacientes adaptarse y superar desafíos. No es lo mismo, y es pertinente diferenciar esto, del enfoque multidisciplinario, en el cual cada profesional trabaja de forma independiente. Más bien lo interdisciplinario se refiere a la integración de conocimientos y habilidades para una atención holística.

En la práctica profesional, a la hora de integrar las disciplinas, se hace necesarias condiciones muy claras. En primer término, la necesidad de un liderazgo colaborativo, es decir, no basado en jerarquías, sino más bien que la participación de todos los miembros del equipo en la toma de decisiones, sacando provecho de la formación de cada profesión. Esto se hace factible mediante el establecimiento de canales y protocolos de comunicación efectivos, mediante estrategias como reuniones periódicas para discutir casos, el uso de un lenguaje común y la centralización de la documentación (15).

La interdisciplinariedad, al crear la posibilidad de nuevas disciplinas, como por ejemplo la bioquímica o el campo de la psiconeuroinmunología, apunta a una formación interprofesional, lo cual, en el campo de la salud, implica que las instituciones de educación superior reformulen sus planes de estudio para que los médicos, enfermeros, psicólogos, bioanalistas, trabajadores sociales y otros profesionales, puedan aprender juntos al mismo tiempo que comprenden el rol y las perspectivas de cada uno. Esto significa también derribar algunos prejuicios, las separaciones estancas entre conocimientos y allanar las relaciones (16).

Conseguir realizar las condiciones de la integración de las disciplinas en el campo de la salud, es una condición fundamental para la resiliencia del equipo pues mejora la capacidad del sistema de salud para adaptarse y prosperar frente a la adversidad. Igualmente, se consigue gestionar el estrés, propio del cuidado humano y la atención de la salud, y revenir el burnout o desgaste extremo, al poder disponer de un sistema de apoyo mutuo, minimizar el aislamiento, abrir la posibilidad de delegar tareas y discutir casos complejos con colegas de diferentes disciplinas. La resiliencia deja de ser únicamente individual y pasa a ser colectiva. (16).

Otra ventaja de la integración interdisciplinaria es lograr una atención más completa para el paciente. Esto es importante, por ejemplo, en el tratamiento de una enfermedad crónica, ante la cual el médico puede enfocarse entonces en la patología, el nutricionista en la dieta, el fisioterapeuta en la rehabilitación, y el trabajador social en el apoyo familiar y recursos comunitarios. Esta atención integral, que aborda al paciente como un todo, mejora los resultados de salud y la satisfacción, construyendo un sistema de cuidado más robusto y eficaz.

La importancia de un enfoque multidisciplinario

Hay que insistir en la importancia del enfoque multidisciplinario de la salud, ligada al concepto holístico de esta que es el fundamento para la reestructuración de la formación de los profesionales de la salud, así como de las políticas en ese dominio. La valoración de esta perspectiva se desprende de su capacidad para ofrecer una solución más completa, eficaz y centrada en el paciente, lograda gracias a la integración de las habilidades y conocimientos de las diferentes profesiones, con lo cual se superan las limitaciones de los enfoques individualizados (17).

La atención multidisciplinaria brinda múltiples beneficios, desde el abordaje de la diversidad de facetas del bienestar del paciente (físico, mental y social), lo cual consigue mejores resultados al coordinar la labor de los especialistas y evitar la fragmentación del cuidado y la duplicación de esfuerzos. De esta manera, se producen diagnósticos más precisos, planes de tratamiento más efectivos, la reducción de los errores y, en definitiva, mejores resultados para el paciente.

Al aplicar este enfoque, se consigue además la colaboración de múltiples expertos, cuya cooperación permite analizar un problema desde diferentes ángulos, con lo cual se le puede ofrecer al paciente una visión más clara y completa de su estado de salud, con lo cual dispone de más y mejores elementos para poder participar de forma activa en su propio cuidado, ya que entiende las opciones existentes que le servirán en la toma decisiones informadas junto con el equipo de salud.

Diversidad profesional: cómo las distintas disciplinas, enriquecen la atención en salud

Cuando se propone la integración de la diversidad profesional, teniendo como remisa una concesión holística de la salud, se plantea una línea de acción que incluya a los profesionales de diferentes disciplinas y especialidades en los equipos de salud, es decir, médicos y enfermeros; pero también a

fisioterapeutas, bioanalistas, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, entre otros, para abordar las necesidades de los pacientes (17).

La diversidad profesional en el equipo permite distribuir las responsabilidades de manera más eficiente lo cual redunda en la mejora de la calidad del servicio, la optimización del uso del tiempo y de los recursos y la reducción de la carga de trabajo de los profesionales, lo cual, de por sí trae otros beneficios, como la prevención de errores y de la posibilidad del burnout. Se trata de establecer un continuum de cuidados desde la prevención hasta el tratamiento especializado (18).

Respeto por la diversidad cultural

Otro de los aspectos de gran importancia que se atiende con la concepción integral de la salud, es el respeto de la diversidad cultural, elemento fundamental en los países donde existen diversas etnias, cada una con su peculiar cultura. Se hace necesario partir de las concepciones antropológicas más avanzadas, que superen el etnocentrismo occidental. Las culturas contemplan todo lo que hace el ser humano para realizar las funciones necesarias para su vida (19), pero va más allá, pues implican estructuras mediante las cuales simbolizan su concepción del mundo, sus saberes, claves de su identidad como grupo humano, sus significaciones básicas, los sentidos de la vida, concretados en narraciones, elaboraciones, prácticas y productos (20).

Los profesionales de la salud interactúen posiblemente a diario con personas y familias de culturas diversas, con lo cual se produce un «encuentro cultural» que pueden estar llenos de dificultades que hay que afrontar para poder proporcionar un buen cuidado y promover estilos de vida saludables, mediante algunas estrategias como el desarrollo de programas culturalmente adaptados; utilizar una pedagogía y recursos apropiados, y materiales cultural y lingüísticamente adaptados; el uso de intérpretes y la organización de cursos para aprender el idioma mayoritario. Al mismo tiempo, en las instituciones de educación superior, hay que desarrollar nuevos enfoques con el objetivo de desarrollar la denominada «competencia cultural», orientada a ofrecer y promover cuidados congruentes y adaptados a los valores culturales, creencias y prácticas de cualquier persona, familia o grupo sin caer en prejuicios ni estereotipos. (21)

La consideración de la diversidad cultural orienta hasta los aspectos más específicos de la atención de la salud, como la comunicación entre los profesionales y los pacientes, la traducción de conceptos de un lenguaje a otro, en

términos de un diálogo de saberes, en el cual la premisa debe ser que no hay una premisa superioridad etnocéntrica. Atender a este aspecto esencial, influye directamente en la comunicación, la confianza y la efectividad del tratamiento, mientras que ignorar las diferencias culturales o, sobre todo, actuar como si la propia cultura debiera ser dominante o superior, puede llevar a malentendidos que pueden degenerar en conflictos, o, por lo menos, falta de adherencia al tratamiento y, en última instancia, a resultados de salud deficientes.

De tal manera que, lo que para un paciente constituye un desequilibrio entre esencias espirituales, para otro se trata de un problema exclusivamente biológico. Por ejemplo, para la etnia ashéninka de Perú, la salud no se concibe como la ausencia de enfermedad, sino como el equilibrio en las relaciones con los espíritus, con la comunidad humana y los difuntos, y las patologías responden a diferentes síndromes culturales, como el susto, choque de aire, cutipo, mal de gente, hechicería, brujería, pusanga y berbaje (22). Conocer estos rasgos distintivos de cada cultura, contribuye al necesario respeto por las creencias, saberes y prácticas culturales del paciente, lo cual posibilita la empatía y la confianza, condiciones necesarias para una relación terapéutica exitosa. De esta manera, el paciente se siente comprendido, por lo que se sentiría inclinado a compartir honestamente información sobre su situación y seguir las recomendaciones del profesional.

La «competencia cultural» en el ámbito de la salud consiste en el proceso continuo e individual, mediante el cual los profesionales de la salud trabajan para poder adquirir la habilidad y disponibilidad necesaria para trabajar de un modo culturalmente competente en un contexto cultural del individuo, familia y comunidad (23). El profesional debe formarse en cuatro áreas fundamentales, en las que se desglosa la competencia cultural: el conocimiento, la conciencia, la habilidad y la sensibilidad cultural (24).

El conocimiento cultural hace referencia a la adquisición de conocimientos sobre las creencias y valores culturales que nos va a llevar a entender la visión del mundo de las personas de otras culturas. Los profesionales de la salud necesitan conocer y respetar los valores fundamentales culturales, creencias y prácticas para poder dar un cuidado de calidad. Para ello también es necesario usar un lenguaje sencillo, evitar la jerga técnica y, si es necesario o, si es necesario, recurrir a intérpretes. Los profesionales deben conocer las prácticas de medicina tradicional, remedios caseros y rituales religiosos que el paciente pueda seguir, todo lo cual se puede integrar de alguna manera o asegurarse de que no interfieran negativamente con el tratamiento médico (21).

El equipo de salud debe adaptar los planes de cuidado a las necesidades culturales de la persona, cubriendo aspectos que van desde la dieta del hospital, hasta la consideración de roles familiares en la toma de decisiones y el respeto de horarios de oración o rituales, para evitar entrar en conflicto con la identidad cultural del paciente. Se han producido importantes avances en el reconocimiento de la necesidad de un abordaje intercultural de los servicios de salud, pero persisten obstáculos que tienen su raíz en la discriminación, el racismo y la exclusión ejercidos sobre los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos, en ocasiones derivados de la falta de reconocimiento y valorización de sus culturas. Estas poblaciones sufren las consecuencias de las brechas significativas en la salud, y se verifican sistemáticamente las inequidades existentes en comparación con la población general (24).

Debe haber un reconocimiento de los conocimientos ancestrales y de la medicina tradicional y complementaria, con lo cual se potenciaría el diálogo de saberes que facilite el desarrollo y el fortalecimiento de modelos interculturales de salud como una forma de lograr la atención centrada en las necesidades de las personas y las comunidades. Para ello, los marcos de política, instrumentos, recursos y procedimientos del orden nacional deben considerar las diversas cosmovisiones de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos, según sea aplicable al contexto nacional. Una condición necesaria para el diálogo de saberes es la revalorización y la promoción de los conocimientos, las prácticas y las expresiones culturales tradicionales a través de los mecanismos de transmisión propios de cada cultura.

También, hay que impulsar los esfuerzos para capacitar al personal de salud institucional y comunitaria como facilitador intercultural y generador de condiciones para el diálogo de saberes. Se debe tomar en consideración la atención integral y articulada con otros sectores que conlleve una atención de salud oportuna, culturalmente pertinente y no discriminatoria. Se debe fomentar la representatividad en los sistemas de salud de las personas con diversidad cultural y los miembros de otros grupos étnicos, según corresponda a la realidad del país, para asegurar que la atención de salud sea culturalmente pertinente (25).

El enfoque multicultural exige que el personal de salud debe reflexionar sobre sus propios prejuicios y estereotipos inconscientes para no discriminar o estigmatizar a los pacientes basándose en su origen, religión, etnia u otras características culturales. Al mismo tiempo que se conocen y reconocen

las características generales de las culturas, es crucial recordar que hay una gran variabilidad entre los individuos de un mismo grupo. El cuidado debe ser siempre personalizado, centrado en las necesidades y preferencias específicas de cada paciente.

SALUD INTEGRAL:

uniendo profesiones, salvando vidas

Capítulo 2

La Sinergia Profesional en el Cuidado
de la Salud

AUTORES: Laura Yadira Rivera Vergara; Giancarlo Daniel Salazar Olaya;
Taycia Ramírez Pérez; Cinthya Lucía Rodríguez Orozco



Qué es la sinergia en salud

La noción de salud integral implica que esta es el resultado de múltiples y complejas interacciones, que forman un sistema cuyo resultado es mayor que la suma de sus partes, pues incluye, desde lo puramente biológico, hasta lo económico, social y cultural, aspectos que adquieren cada vez mayor relevancia. La salud como sinergia indica la comprensión de una totalidad donde la dimensión del bienestar humano interactúa y potencia los demás aspectos de la vida. Este enfoque, además de aportar un abordaje más amplio, ofrece la posibilidad de diseñar estrategias más eficaces para su mantenimiento mediante el abordaje de los determinantes sociales de la salud como la educación, el empleo, la vivienda, el acceso de servicios de salud, entre otros. Por otro lado, la salud debe considerarse como una sinergia para abordar los problemas sociales (26).

El concepto de sinergia puede comprenderse mediante un modelo sínérgetico como el que ofrece la teoría bioecológica de Bronfenbrenner, la cual establece que el bienestar de una persona resulta de un contexto social, que incluye cuatro componentes: proceso, persona, contexto y tiempo (PPCT), que interactúan entre sí formando un sistema dinámico.

El componente Proceso (P) abarca los procesos proximales que dan cuenta de referidos a la interacción recíproca y progresiva entre las personas y su entorno. Permite comprender cómo evoluciona esta relación, volviéndose más compleja a medida que las personas ellas crecen y se desarrollan. El componente Persona (P) reconoce elementos biológicos, genéticos o físicos de los individuos, así como también la naturaleza subjetiva de sus características personales, habilidades y formas de ver el mundo. se influyen mutuamente. Por su parte, el componente Contexto (C), comprende cuatro sistemas imbricados que interactúan:

- a. Microsistema, que representa el entorno más cercano, donde la persona participa activamente y puede interactuar e interactúa cara a cara con otros (ej. familia);
- b. Mesosistema: describe las relaciones entre dos o más microsistemas en los que la persona participa activamente (ej. familia-escuela);
- c. Exosistema: incluye a otras personas, entidades y/o lugares a los que la persona o su familia pueden acceder, no interactuando tan a menudo, pero experimentando su influencia (ej. comunidad, medios de comunicación);

- d. Macrosistema: comprende el grupo más grande y remoto de personas, estructuras u organizaciones, que tienen una con gran influencia sobre los sistemas anteriores. Involucra sistemas institucionales que pertenecen exclusivamente a una cultura o subcultura (ej. sistemas económicos, educacionales, políticos), como también opiniones y costumbres que representan el tejido cultural de una sociedad;
- e. Cronosistema: Finalmente, el componente Tiempo (T), se refiere a las interacciones y/o cambios en las personas y su entorno a lo largo de su desarrollo, generados por experiencias internas y/o externas (27).

El modelo sinérgico debe guiar la contextualización de las políticas y prácticas de salud pública, lo cual repercute en el fortalecimiento de la dimensión salud-bienestar y el desarrollo de sistemas de salud integrados. También contribuye a la comprensión de las relaciones que deben existir entre diversos aspectos de la atención en salud. En el ámbito clínico, la sinergia se manifiesta en la colaboración entre profesionales de la salud, tratamientos y tecnologías para optimizar la atención al paciente. Esto permite abordar la enfermedad desde distintas perspectivas, lo que a menudo conduce a tratamientos más efectivos, diagnósticos más precisos y, en general, una visión más completa del historial médico del paciente. Al formarse los equipos interdisciplinarios en el sector salud, las diferentes disciplinas trabajan en conjunto y cada miembro aporta sus conocimientos y habilidades, para lograr una sinergia que repercute en el mejoramiento de los resultados de salud y el logro del objetivo común de la atención integral del paciente. Desde un punto de vista farmacológico, la sinergia permite utilizar dosis más bajas de diferentes medicamentos para lograr un efecto terapéutico potente que, además, minimice los efectos adversos y reduce los costos del tratamiento.

También se busca la sinergia mediante la cooperación entre organizaciones, instituciones y la ciudadanía, se abre la posibilidad de compartir recursos, conocimientos y experiencia, con el fin de llevar mayor bienestar a una comunidad mediante programas de salud más sostenibles y efectivos, que puedan abordar las causas profundas de los problemas de salud en una comunidad vulnerable, sin duplicar los servicios.

Formación interprofesional desde la academia

Las profesiones abordan la salud desde distintas perspectivas, habilidades clínicas y actitudes, que pueden y deben complementarse en beneficio de la prestación de una atención integral que incremente la satisfacción de los pacientes. Para lograr esa complementariedad, se debe comenzar desde

la universidad, con una formación que consiga que los estudiantes adquieran habilidades de trabajo en equipo interprofesionales, posteriormente muy útiles para su desarrollo profesional.

La formación interprofesional promueve una colaboración con la cual los participantes transforman las relaciones entre sus profesiones, mejoran el entendimiento mutuo y exploran nuevas maneras de combinar sus experiencias para mejorar la prestación del servicio, la seguridad del paciente, la calidad de la atención y el bienestar de la sociedad (28). La formación interprofesional (FIP) desde la academia es una estrategia educativa que consiste en la reunión de los estudiantes de diferentes disciplinas de la salud en las actividades de aprendizaje, con el objetivo de mejorar la colaboración y la calidad de la atención al paciente, en lugar de formar a cada profesional de forma aislada.

Para integrar el trabajo en equipos interdisciplinarios, se requiere desarrollar competencias clave con las cuales se reconoce el rol de cada profesional, sus competencias para resolver problemas específicos, con lo cual cada profesional contribuye al bienestar del paciente. Se trata de una inversión a largo plazo en la calidad del sistema de salud, ya que se forman profesionales que agregan a sus conocimientos técnicos, sino también con las habilidades interpersonales necesarias para la colaboración eficaz (28).

Los futuros profesionales deben disponer de la capacidad clave de comunicarse de manera efectiva y respetuosa con sus colegas, mediante un lenguaje claro, la disposición a la escucha activa y las habilidades para la resolución de conflictos. Se ha observado que el error médico y el conflicto entre los profesionales que debieran cooperar en el ámbito institucional, tiene como causa principal las fallas en la comunicación efectiva. En este sentido, hay que apuntar que los aspectos comunicacionales del trabajo en equipo evolucionan con el aprendizaje. Por eso, la adquisición de estas competencias, el desarrollo de la escucha activa y la interacción entre disciplinas, deben introducirse en los planes de estudio de la formación profesional y la seguridad del paciente. Atender a estos aspectos necesarios de la comunicación ponen de relieve la calidad de atención en el campo de la salud (29).

Las estrategias de la formación interprofesional incluyen la realización de proyectos conjuntos, simulacros y estudios de caso, lo cual implica metodologías específicas que promuevan la interacción y el aprendizaje colaborativo, con la orientación general de que la meta común es el bienestar del paciente. De esta manera, se realizan talleres y ejercicios prácticos donde estudiantes de medicina, enfermería, fisioterapia, farmacia, etc., trabajan juntos para re-

solver casos clínicos complejos. También son útiles las simulaciones de situaciones de emergencia, que permiten practicar la coordinación y la toma de decisiones bajo presión.

Otra estrategia pertinente es la realización de cursos o seminarios donde los estudiantes de diferentes programas de salud se reúnen para debatir temas de interés común, como la ética, la seguridad del paciente, la salud pública o la gestión de enfermedades crónicas. En la misma dirección, se implementa la rotación de futuros profesionales de diferentes carreras en los hospitales y centros de salud, lo cual contribuye a desarrollar la colaboración en tiempo real bajo la supervisión de profesionales experimentados. Las campañas de salud en comunidades son una buena oportunidad para que estudiantes de distintas carreras pueden unirse en la aplicación de sus conocimientos en un entorno real y en la valoración del rol de cada profesión para lograr un efectivo impacto social (30).

Coordinación efectiva en la atención integral

La coordinación del cuidado, aspecto esencial de los sistemas de salud, desempeña un papel crucial en la Atención Primaria de Salud (APS) porque conecta niveles de atención, promover la integralidad del cuidado y garantizar su continuidad (31). Mediante la coordinación efectiva en la atención integral se organiza, gestiona y sincronizan los recursos, servicios y profesionales de la salud para brindar una atención continua, segura y de alta calidad a un paciente a lo largo del tiempo y en múltiples entornos. Para lograrlo, es necesaria la sinergia y la comunicación entre los distintos miembros del equipo interdisciplinario de salud, el cual debe estar enfocados en el plan de atención del paciente.

La coordinación efectiva obtiene mejores resultados clínico, porque evita la duplicación de pruebas, reduce los errores de medicación y asegura que el paciente reciba el tratamiento correcto en el momento adecuado, lo que conduce a una recuperación más rápida y efectiva. De esta manera, los pacientes se sienten más seguros y valorados cuando su atención es coherente y sus necesidades son tenidas en cuenta por todo el equipo. Los profesionales trabajan de manera más eficiente y con menos estrés, cuando los roles y las responsabilidades están claros y la información fluye sin problemas entre los miembros del equipo. Así mismo, se reducen los costos al evitar pruebas y procedimientos innecesarios y reducir las hospitalizaciones por complicaciones, la coordinación efectiva optimiza el uso de recursos y disminuye los costos generales de la atención (31).

Rol del docente en salud comunitaria

El rol del docente en salud comunitaria, sea enfermera o médico, va más allá de la simple transmisión de conocimientos; su función es formar agentes de cambio que promuevan la salud y prevengan enfermedades en la población. Este profesional actúa como un educador, un facilitador y un líder, ayudando a las comunidades a desarrollar la autonomía necesaria para mejorar su bienestar, además de generar impactos positivos en la alfabetización sanitaria, la prevención de enfermedades, la adherencia a tratamientos, el empoderamiento comunitario y la inclusión social, especialmente en poblaciones vulnerables como adultos mayores, mujeres, niños, comunidades indígenas y personas con enfermedades crónicas. La función docente permite transformar la atención sanitaria desde un modelo asistencial hacia un enfoque participativo y culturalmente pertinente, aunque su implementación enfrenta limitaciones estructurales como la falta de formación pedagógica, recursos y reconocimiento institucional (32).

Hacer docencia en salud significa aportar conocimientos y transmitir pautas para la prevención de salud. Así, educar implica poder detectar, prevenir y concienciar sobre la importancia de los cuidados de calidad para afianzar los hábitos saludables en una comunidad. El docente en salud comunitaria diseña e implementa programas educativos adaptados a las necesidades y características de cada colectividad, con el objetivo de empoderar a los ciudadanos con la información y las habilidades necesarias para tomar decisiones saludables en temas como la nutrición, la higiene, la prevención de enfermedades infecciosas y la importancia del ejercicio físico.

Para cumplir con esas funciones, el docente en salud debe utilizar metodologías participativas que fomenten el diálogo y la reflexión, tales como talleres, discusiones de grupo y juegos de roles para que los miembros de la comunidad construyan su propio conocimiento y se apropien de las prácticas saludables. Con ello, se consigue crear un ambiente de confianza donde las personas se sientan cómodas para expresar sus preocupaciones y buscar soluciones (33).

La investigación es esencial y crucial ya que contribuye a la creación de nueva información, así como a la validación y mejora del conocimiento actual. Se puede además evaluar hábitos e identificar patrones y tendencias gracias a la investigación, lo que ayuda en la prevención y control de enfermedades. Investigar las necesidades y problemas de salud específicos de una comunidad es responsabilidad del educador en salud comunitaria. Puede utilizar métodos de investigación tanto cuantitativos como cualitativos para recopilar datos, analizar tendencias y evaluar la efectividad de los programas de salud, información

que es esencial para modificar estrategias y garantizar la eficacia de las intervenciones. (33).

En su calidad de educadores, los profesionales de la salud actúan como enlace entre la comunidad y los servicios de salud. Para organizar recursos, planificar servicios y promover leyes que mejoren la salud de la población, trabajan con agencias gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y autoridades locales. Desempeñan un papel crucial en asegurar que los programas de salud lleguen a las personas que más los necesitan. Los profesionales de la salud actúan como intermediarios entre la comunidad y los servicios de salud en su función de educadores, además de colaborar con autoridades locales, grupos no gubernamentales y agencias gubernamentales para planificar programas, coordinar recursos y promover legislaciones que mejoren la salud de la población. Son esenciales para asegurar que las iniciativas de salud lleguen a los más vulnerables (34).

Educación para la inclusión en el cuidado de la salud

El término “educación inclusiva” describe un conjunto de procedimientos didácticos y pedagógicos organizados a lo largo de los ejes cultural, práctico y político para garantizar el acceso, la participación y una educación de alta calidad para todos los estudiantes. (35). Según los principios de la psicología positiva, una propuesta del siglo XXI, la educación inclusiva ofrece un enfoque diferente de cooperación e involucramiento en la comunidad educativa, al tiempo que fomenta valores fundamentales como la compasión, el amor, el respeto y la alegría. Esto promueve una aceptación más amplia de las diferencias individuales como un componente vital de la sociedad. (36).

El objetivo de la educación inclusiva en el ámbito sanitario es preparar a los profesionales médicos para tratar a pacientes de diversos orígenes y condiciones de manera equitativa y reflexiva, reduciendo los obstáculos de acceso y promoviendo la igualdad de oportunidades. Un enfoque que valore y reconozca las diferencias individuales debe prevalecer sobre la noción de «tratar a todos por igual». Este enfoque también debe tener en cuenta los diversos aspectos de la diversidad humana, como la situación socioeconómica, el género, la edad, la orientación sexual, el origen étnico, la discapacidad y la religión, todos ellos considerados elementos cruciales de la identidad del paciente. Los trabajadores de la salud deben aprender a identificar sus propios prejuicios para poder atender a los pacientes de manera justa y sin discriminación, ya que no están inmunes a los sesgos hacia grupos humanos (37).

El profesional de la salud debe adquirir en sus años de formación la competencia cultural, la cual muestra dos aspectos importantes: un desarrollo afectivo, cognitivo y conductual del aprendizaje; y, por otra parte, un proceso de evolutivo y dinámico, que cambia en dirección a dar respuesta a las necesidades en el contexto demográfico y cultural. El cuidado puede adaptarse a las necesidades de cada paciente fomentando la competencia cultural, lo que ayuda a mejorar la adherencia al tratamiento y prevenir malentendidos. (38).

La inclusión debe permear todo el currículo, incorporando estudios de caso y escenarios de pacientes que reflejan la diversidad real de la población. También, aprovechando las prácticas clínicas y el trabajo comunitario para que los estudiantes interactúen con personas de diversos orígenes. Además, se pueden recrear situaciones donde los estudiantes deben comunicarse con pacientes que tienen barreras de comunicación (idioma, sordera) o que provienen de contextos culturales muy distintos. Esto les prepara para manejar desafíos reales en un entorno seguro.

Sinergia en la prevención y promoción de la salud pública

La sinergia en la prevención y promoción de la salud pública es la colaboración estratégica y coordinada de diversos actores (organismos gubernamentales, ONG, comunidades, empresas, mundo académico) para lograr un mayor impacto en la salud de la población que el que cada uno podría lograr por separado. Mediante la combinación de la atención clínica, la regulación industrial, la creación de espacios públicos seguros y la educación sanitaria, se pretende maximizar los recursos y los esfuerzos para abordar los numerosos determinantes socioeconómicos de la salud.

Mediante la colaboración, las organizaciones pueden evitar la duplicación de servicios compartiendo recursos, personal y conocimientos técnicos. Se pueden crear programas que perduren más allá de los ciclos políticos o la financiación inicial mediante la participación de la comunidad y la colaboración entre los sectores público y privado. Cuando los esfuerzos en materia de salud son asumidos por la comunidad, se mantienen a lo largo del tiempo.

Cuando diversas organizaciones, entre ellas el Ministerio, el ayuntamiento, las escuelas y las empresas privadas, colaboran para implementar programas de educación física, aprovechar la construcción de parques y carriles bici, patrocinar eventos deportivos y difundir los beneficios del ejercicio para la salud, se produce una clara sinergia en la promoción de la salud pública.

El tratamiento de enfermedades crónicas como la diabetes y la protección de la salud mental mediante la prestación de asesoramiento y medicamentos

son otros dos ejemplos de la sinergia entre las instituciones públicas, privadas y comunitarias. Al mismo tiempo que estas, los centros comunitarios pueden ofrecer espacios para la socialización y el apoyo mutuo, las escuelas pueden enseñar a los alumnos a manejar el estrés y voluntarios capacitados pueden atender líneas telefónicas de ayuda (39).

Comunicación intercultural: retos y soluciones en la atención médica

La interacción entre un paciente y un profesional sanitario de distintos orígenes sociales, lingüísticos y culturales se denomina comunicación intercultural en el sector sanitario. Las barreras lingüísticas, las diferencias culturales en los conceptos de salud y las técnicas de curación, y la importancia de la familia en la toma de decisiones son algunos de los obstáculos que deben superarse para lograrlo. Los profesionales de la salud, al igual que cualquier persona, pueden tener sesgos inconscientes sobre ciertos grupos culturales. Estos estereotipos pueden influir en el diagnóstico y en el trato, lo que resulta en una atención de menor calidad o en la despersonalización del paciente (40).

Una estrategia de trabajo en equipo que reconoce y valora las diferencias culturales de los pacientes y las comunidades es la colaboración profesional en comunidades culturalmente diversas. En lugar de utilizar un enfoque uniforme para la atención, el personal médico colabora y modifica sus métodos para ser más considerado, educado y eficaz en entornos étnicos. Para ello hay que lograr que los equipos sean culturalmente competentes, es decir, capaces de comprender y responder adecuadamente a las creencias, valores, tradiciones y prácticas de las comunidades a las que sirven. Entre otras cosas, esta condición permitiría superar las barreras lingüísticas, reconocer y respetar las diferencias en la comunicación no verbal y las formas de expresar emociones o dolencias, e incluir a los líderes comunitarios, los curanderos tradicionales y los familiares. Esto permitiría a la comunidad participar en el diseño de los programas de salud y aumentaría la confianza, la aceptación y la sostenibilidad de las intervenciones.

La formación de estos equipos multidisciplinarios y multiculturales requieren planes de capacitación continua con el fin de actualizar sus habilidades para trabajar con diferentes grupos culturales. Esto abre la posibilidad de facilitar la adaptación de los programas de salud lo cual incluye el uso de materiales educativos en varios idiomas, el uso de metáforas o símbolos que resuenen con la cultura de la comunidad, y la inclusión de líderes locales en la difusión del mensaje (40).

Retos en la implementación de la sinergia profesional

Cambiar la estructura jerárquica convencional de muchas organizaciones sanitarias, en las que el médico es considerado el único líder, es uno de los obstáculos para implementar la sinergia profesional. Se necesita una comunicación excelente y constante para crear una sinergia eficaz. A los profesionales les puede resultar más difícil entenderse entre sí cuando se utiliza vocabulario específico de cada disciplina. Aunque muchos trabajadores sanitarios reciben formación en competencias técnicas, no se les enseña técnicas de resolución de conflictos, negociación o escucha activa. Dentro del equipo, esto puede provocar conflictos y malentendidos (41).

Otra barrera es la diversidad de formaciones académicas. Cada campo aborda la atención sanitaria desde un punto de vista diferente. Las escuelas de enfermería, las facultades de medicina y otras instituciones relacionadas con la salud suelen funcionar de forma independiente. Además, los objetivos varían según la especialidad; por ejemplo, un fisioterapeuta puede dar prioridad a la rehabilitación funcional, mientras que un médico puede dar prioridad al diagnóstico y la terapia farmacológica. La implementación de la sinergia también puede verse obstaculizada por los procedimientos y sistemas administrativos. La coordinación de la atención puede verse obstaculizada por la fragmentación de los datos de los pacientes, causada por la falta de plataformas de comunicación compartidas o de historias clínicas electrónicas (EHR) interoperables. Se hace necesario, entonces, cambiar la estructura de incentivos para que los sistemas de pago reconozcan y recompensen la colaboración.

Visión prospectiva: la sinergia como modelo de futuro

En un mundo cada vez más interconectado y con dificultades complejas, la sinergia se considera un paradigma esencial para el futuro de la asistencia sanitaria. La capacidad de colaborar de forma coordinada será fundamental para superar los retos del siglo XXI. El trabajo conjunto de médicos, enfermeros, fisioterapeutas, dietistas y psicólogos será crucial para proporcionar un tratamiento de alta calidad y reducir los gastos a largo plazo (42).

El futuro del sector salud estará marcado por varias tendencias que harán de la sinergia una necesidad: el envejecimiento de la población y enfermedades crónicas, los avances tecnológicos y la búsqueda de la equidad en salud. Para la integración ética y eficaz de estas tecnologías en la práctica clínica, los profesionales sanitarios deben trabajar en colaboración con ingenieros, científicos de datos y diseñadores. En el futuro, la comunidad, el gobierno

y las organizaciones sociales deben participar en esta sinergia, que debe ir más allá de los centros sanitarios. La colaboración será esencial para diseñar e implementar programas de salud pública que aborden los determinantes sociales y logren una atención equitativa para todos.

SALUD INTEGRAL:

uniendo profesiones, salvando vidas

Capítulo 3

Promoción y Prevención de la Salud

AUTORES: María Felicidad Vélez Cuenca; Edgar Andrés Menéndez Cuadros;
Vicenta Nazaela Vélez Silva; Verónica María Valle Delgado



Estrategias comunitarias: el papel de los educadores, trabajadoras sociales y especialistas en salud pública

La idea de que la educación sanitaria es una oportunidad emancipadora para rescatar el potencial de las personas si se estructura de manera que empodere a las personas y, al hacerlo, desafíe la reproducción de la ideología predominante, debería ser la base de las políticas comunitarias de promoción y prevención de la salud. Para ello, los miembros del equipo sanitario deben animar a los estudiantes a creer en su propia capacidad para crear y mantener una vida saludable como parte de su capacidad como educadores (43).

De acuerdo con lo anterior, los educadores en salud pueden crear técnicas de educación en salud pública que les permitan apoyar el mantenimiento de poblaciones más saludables mediante el uso de enfoques alternativos de salud pública. En vista de ello, las iniciativas de financiación que apoyan los comportamientos que garantizan la salud en América Latina pueden ser exitosas y eficientes sin necesidad de una inversión significativa en tecnología o recursos dentro de los sistemas de salud o la intersectorialidad social. La promoción de la salud es un objetivo de la educación social, que busca la transmisión de la cultura para favorecer la calidad de vida, a partir de las potencialidades comunitarias, prácticas, hábitos, experiencias y enfoques que promuevan el sentido global de la salud (44).

En ese contexto, los educadores, los trabajadores sociales y los especialistas en salud pública de las profesiones de la salud, deben integrarse en equipos multidisciplinarios, que conviertan la promoción de la salud en un tipo de actividad extensionista que valorice el carácter totalizador integrador que puede tener las actividades. Se trata entonces de una práctica que hace hincapié en el contacto social, la participación comunitaria y la educación sanitaria es también un aspecto de la promoción de la salud. La comunidad puede participar en el examen y el cambio de las preocupaciones sanitarias a través de la educación popular, que tiene un carácter reflexivo, dialógico y participativo (45).

Estrategias adaptadas a las creencias y prácticas culturales de diferentes comunidades

La promoción de la salud debe adaptarse a las características de la cultura de las comunidades donde se aplica. Por ello, el enfoque que debe guiarlo es el multiculturalismo que sustenta el reconocimiento, respeto y adaptación de la diversidad cultural y étnica de los pueblos del planeta para poder lograr objetivos sociales, educativos, lingüísticos y económicos. En el plano pedagó-

gico, esta orientación general, se materializa en la etnoeducación, la cual, a su vez, se corresponde con los conceptos constitucionales multiculturalistas de la Constitución del Ecuador, al mismo tiempo que resulta de una política educativa que incorpora a la enseñanza los rasgos propios de las culturas locales, en interacción con las culturas globales. Otro aspecto que debe considerarse es el compromiso de las facultades de ciencias de la salud de las universidades, de formar los profesionales del área con el enfoque multicultural, con lo cual se posibilita la integración de los pacientes provenientes de las minorías étnicas, en el sistema sanitario actual (46).

Desde esta perspectiva, hay seis rasgos principales deben tener los maestros, profesionales y promotores de la salud, desde el punto de vista de la promoción intercultural de la salud, a saber: a) conciencia sociocultural; b) actitud de reconocer adecuadamente a los estudiantes con diferentes antecedentes; c) responsabilidad y habilidad para actuar como un agente de cambio, para hacer escuelas y una sociedad más justa; d) identificar a los estudiantes de cerca, y e) un estilo de enseñanza adecuado (46).

Por otra parte, una condición esencial para que los proveedores de atención primaria desempeñen sus labores con relevancia cultural, con la capacidad de combinar y adaptar los aportes de la modernidad, con la comprensión de los pacientes como individuos culturalmente diversos, es el desarrollo de competencias interculturales, en las cuales deben formarse desde que son estudiantes en el medio universitario (47).

De la competencia cultural se han definido tres dimensiones, a saber:

- Primera dimensión: componentes de competencia cultural (conciencia, conocimiento, actitud, habilidades).
- Segunda dimensión: contextos de competencia cultural (personal, profesional, institucional y social).
- Tercera dimensión: focos de competencia cultural (perspectivas socioculturales, estudiante, enseñanza y transformación). (48)

El objetivo de la educación multiculturalista, es respetar y tener en cuenta la diversidad cultural. Para aplicar esta orientación pedagógica y superar las dificultades que se presenten, hay diversas estrategias para lograr el acceso a una educación de alta calidad con oportunidades equitativas para todos. En primer término, se destaca la necesidad de conocer a profundidad el contexto, las experiencias en el terreno y los requisitos culturales locales. En segundo lugar, es fundamental flexibilizar los planes de estudio para adaptarlos

a las características de las diferentes poblaciones étnicas. Hay que resaltar que esa proyección de la educación en las etnias ha sido históricamente una reivindicación planteada por las movilizaciones de los propios indígenas (49).

Campañas de salud inclusiva que respeten la diversidad

Durante las experiencias de la realización de las campañas de salud y demás actividades que conforman la atención de las poblaciones indígenas, se han encontrado algunas barreras significativas que caracterizan el choque entre la cultura urbana moderna y las prácticas tradicionales y creencias que definen la cosmovisión que poseen esas comunidades acerca del bienestar. Es natural que las diferencias culturales generen desconfianza, hasta tal punto que pueden constituir obstáculos importantes para que las etnias indígenas puedan acceder a los servicios médicos formales.

La falta de reconocimiento y respeto hacia las creencias indígenas sobre la salud y la enfermedad, ha sido muchas veces una de las principales barreras culturales para aquellos profesionales que contrastan su formación dentro de los paradigmas biomédicos predominantes. Es obvio que chocan con una visión biológico-estadística de la salud, las creencias de muchas comunidades indígenas, que asumen las enfermedades como desequilibrios espirituales, visión que entra en contradicción con la noción general de los sistemas de salud convencionales que priorizan las explicaciones biológicas y, en consecuencia, los tratamientos farmacológicos (50).

Otra barrera significativa es la lingüística, debida a la escasez de personal sanitario que hable las lenguas indígenas, lo cual obstaculiza la comunicación y, por tanto, tareas básicas de la atención de salud, como la realización de diagnóstico y la indicación del tratamiento adecuado. La incomunicación empeora cuando se intenta imponer los protocolos y normas hospitalarias que chocan con las prácticas tradicionales de las etnias, como la realización de rituales de sanación o la participación de líderes espirituales en los procesos de atención.

También las barreras geográficas y organizacionales incrementan las dificultades de la promoción de salud con una orientación multicultural, pues son conocidos los obstáculos para acceder a servicios de salud que sufren las comunidades indígenas ubicadas en zonas remotas, debido a la lejanía, la falta de infraestructura adecuada y la escasez de personal capacitado. Esas barreras se agravan por la escasez de inversiones y la limitada implementación de políticas de salud intercultural.

Un paso hacia la superación de esas dificultades, es realizar los ajustes necesarios en los planes de formación universitaria, para incorporar la competencia cultural entre los profesionales de la salud. Con ello, se posibilitaría la comprensión de las prácticas culturales y creencias indígenas, lo cual promovería una mayor sensibilidad que contrarreste las conductas y actitudes discriminatorias que muchas veces se observan en los contextos multiétnicos de países como Ecuador y Colombia, donde la diversidad cultural es significativa y exigente para los sistemas de salud.

La capacitación en competencias culturales abre la posibilidad de incorporar algunos elementos pertinentes a la salud de las cosmovisiones indígenas en el diseño de políticas que promuevan la inclusión y el respeto por las prácticas culturales. De esta manera puede lograrse la integración de los enfoques biomédicos y los tradicionales que fortalecería la confianza de las comunidades indígenas en los servicios de salud, con lo cual se puede brindar una atención más equitativa y culturalmente sensible.

Los idiomas, tradiciones y estructura familiar de las etnias indígenas, modelan sus prácticas y creencias relacionadas con el bienestar, la enfermedad y la salud, las cuales deben dejar de ser barreras para la comunicación con el personal sanitario si estas son formadas en competencias culturales que neutralice cualquier forma de discriminación. De esa manera, prácticas como el uso de plantas medicinales y rituales espirituales, pasarían a ser consideradas por el sistema biomédico, que lograría desarrollar un cuidado culturalmente competente, esencial para mejorar la calidad de la atención, reducir inequidades y fortalecer los resultados de salud a largo plazo.

La recomendación principal a las instituciones de formación profesional es la de fortalecer la capacitación cultural en los programas de salud, abordando contenidos acerca de las creencias, prácticas y dimensiones culturales de las comunidades indígenas, lo cual también incluye el manejo de al menos uno de los idiomas indígenas y la disponibilidad de materiales educativos y el aseguramiento de servicios de interpretación accesibles.

Otra recomendación importante es la de promover la integración de equipos multidisciplinarios, con médicos, terapeutas, curanderos tradicionales y líderes comunitarios indígenas para desarrollar un enfoque integrador que respete y valore las prácticas culturales en la atención de salud. Esto incluye la creación de protocolos de atención que consideren tanto la medicina tradicional como los cuidados biomédicos contemporáneos, fomentando el diálogo y la participación de las comunidades en el diseño e implementación de los servicios de salud.

Estrategias preventivas desde distintas áreas

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea tres mecanismos a través de los cuales se puede fomentar la promoción de la salud: a) El autocuidado, es decir, las acciones que la persona realiza por su propia cuenta para beneficio de su salud; b) la ayuda mutua o comunitaria que las personas realizan para ayudarse unas a otras de acuerdo con el contexto en el que se desenvuelven; c) la creación de entornos sanos que favorezcan la salud por medio de la educación, como por ejemplo, la creación de escuelas saludables que se convierten en escenarios potenciadores para la capacitación de la población, en las que la educación para la salud y la promoción de la salud son opciones pedagógicas para el desarrollo humano (51).

Existen varios modelos de promoción de la salud, como se muestra en el siguiente cuadro:

Ilustración 1.

Algunos Modelos de promoción de la salud.

Experiencia/Modelo	Descripción/características
Modelos clásicos de salud pública	Preventivo en Salud
Movimiento global de Salud Pública	Incluye educación para la salud centrado en los estilos de vida. Basado en los cinco pilares de Ottawa
Modelo contrahegemónico	Salud como derecho social. Educación popular en los movimientos sociales. Basado en salud colectiva
Modelo basado en activos	Metodología y modelos d los activos de la salud
Modelo salutogénico	Sentido de coherencia. Significatividad, comprensibilidad, manejabilidad
Modelo de salud comunitaria	Modelo enfocado en la salud pública y atención primaria. Entidades locales y ciudadanas.
Enfoque de Educación Popular	Carácter participativo, reflexivo, dialógico, para involucrar a las comunidades.
El modelo de APS	Continuidad de la información, integralidad de los servicios, continuidad de la gestión, accesibilidad, calidad técnica, atención clínica, comunicación interpersonal
Centros colaboradores de OPS y OMS	Universidades en sus funciones de investigación, docencia y extensión, escuelas, ciudades saludables, formación de recursos humanos para la salud pública

Proyecto de Universidades Promotoras de Salud	Participación comunitaria de personal de universidades, para mejorar condiciones de salud, calidad de vida y bienestar de la comunidad
Modelos ecológicos	Perspectiva contextual evolutiva, basada en concepción sistémica del ciclo vital humano

Adaptación de (45)

En todos estos modelos, los educadores, trabajadores sociales y expertos en salud pública, cumplen un rol esencial. En el modelo clásico de la promoción de salud, deben cumplirse los cinco principios de la carta de Ottawa, que son: a) Participación : por la cual se busca involucrar a las comunidades en la deliberación de las decisiones y en la implementación de acciones, b) Equidad : orientada hacia la reducción de las desigualdades en salud mediante el acceso equitativo a los recursos y servicios de salud, c) Sostenibilidad : se refiere a que la promoción de la salud debe ser sostenibles a largo plazo, considerando sus efectos en el medio ambiente y en las generaciones futuras, d) Intersectorialidad : que implica la cooperación entre diferentes sectores, como la salud, la educación, el medio ambiente y la economía, para poder abordar los determinantes sociales de la salud, e) Empoderamiento que se refiere al fortalecimiento de las capacidades individuales y comunitarias para tomar decisiones orientadas a mejorar sus condiciones de vida y ejercer un mayor control sobre su propia salud (52).

En todos los modelos presentados, aunque sustentados en conceptos y orientaciones diferentes, se indican elementos claves como la relevancia de la alianza de instituciones, la colaboración entre el sector público y el privado, la participación fundamental de las universidades e instituciones de educación y la integración de los movimientos sociales.

Las intervenciones instrumentales de la salud pública convencional deben transformarse en la práctica de la educación sanitaria para adaptarse a las realidades de la vida, la salud y la enfermedad de las personas. Con el fin de crear actividades que promuevan el aprendizaje y avancen hacia una salud pública basada en el crecimiento continuo, el punto de vista alternativo de la salud pública puede ayudarnos a afrontar la riqueza ilimitada de las experiencias sociales desafiando la realidad. Para ello, debe basarse en el conocimiento de los elementos sociales, históricos, culturales, políticos, económicos y biológicos a través de representaciones tangibles y simbólicas que involucran todas las interacciones humanas. (43).

Estrategias comunitarias lideradas por odontólogos en salud bucal

Un ejemplo de estrategias comunitarias de odontólogos en salud bucal fue la emprendida por un grupo de estudiantes de odontología y otras profesiones relacionadas con la salud, entre ellos, de profesores y estudiantes de fonoaudiología, que se ocuparon de aspectos como el habla, la escucha, el lenguaje y el aprendizaje en los procesos humanos, desde un enfoque de proyecto de vida con jóvenes. Esta fue una necesidad expresada por las mismas comunidades. Igualmente, participaron estudiantes de nutrición, desde la perspectiva de la soberanía alimentaria, y trabajaron con madres embarazadas y lactantes (53).

Durante su interacción con las comunidades pijao, los estudiantes integraron elementos de la salud bucal colectiva en las actividades de atención primaria en salud, en específico, en salud oral y comunicativa. Esto incluyó una reflexión sobre la interculturalidad como base de diálogo, con las comunidades y sus servicios de salud propios e interculturales. Se incluyeron acciones de promoción y educación en salud, y se construyeron proyectos conjuntos de cuidado de la naturaleza, desde la participación comunitaria y la formación de estudiantes, fortaleciendo sus capacidades de participación en acciones colectivas en salud.

Los principios teóricos, metodológicos y praxeológicos de la salud bucal colectiva se fortalecieron, junto con los principios organizativos de las comunidades y su agencia política en el campo de la salud. dos resultados de la experiencia. El primero es la importancia de las acciones de educación y promoción de la salud en las comunidades, haciendo énfasis en las actividades de promoción y prevención en salud bucal, en dos escuelas desde una perspectiva intercultural, labor dinamizada con docentes locales. Se reconocieron las construcciones colectivas de nociones territorializadas, flexibilizando las categorías biomédicas desde donde generalmente se orientan los programas en salud para los grupos étnicos. Se hizo un esfuerzo por comprender la noción de buen vivir en los pijaos, fundamental para orientar las acciones en diversas dimensiones sanitarias.

La actividad descrita tuvo como fundamento la salud bucal comunitaria, el cual se centra en favorecer el buen vivir de las comunidades a partir de una integración de la perspectiva territorial y las necesidades específicas de cada colectivo en respuesta a la exigencia constitucional del derecho a la salud, al mismo tiempo que se fortalece la organización comunitaria, la cual debe incorporar a actores comunitarios.

Los proyectos de atención primaria de la salud de las universidades deben apoyarse en las organizaciones sociales, porque ello permite fomentar procesos basados en los principios de solidaridad y participación ciudadana en la gestión de proyectos sociales, y en la promoción del buen vivir de las comunidades. Se buscan mecanismos de integración con las instituciones sanitarias, entendiendo esto como un compromiso ético y social en la búsqueda de servicios sanitarios que resuelvan las necesidades en salud; sin embargo, estas entidades se orientan exclusivamente en la transformación de indicadores en salud.

Nutrición y actividad física

La atención que hoy tienen los problemas de alimentación se ha desplazado, desde el asunto de la desnutrición, típica en países subdesarrollados o de bajos ingresos, hacia la obesidad como asunto de salud pública, que afecta a prácticamente todas las naciones y segmentos sociales, por sus implicaciones en la proliferación de enfermedades cardiovasculares como metabólicos, incluida la diabetes, y sus causas, ubicadas en la proliferación de alimentos ultraprocesados y los pésimos hábitos de alimentación de la población. Por eso, hay un renovado interés de gobiernos y organizaciones internacionales acerca de la prevención y el tratamiento de la obesidad, lo cual exige un enfoque integral, donde participen, tanto las instancias gubernamentales como la sociedad civil en general, orientadas por atender la salud de la población y la equidad en el ámbito sanitario.

En este sentido, las intervenciones educativas sobre nutrición y/o actividad física realizadas en los centros educativos, han tenido resultados altamente positivos en la prevención de la obesidad y el sedentarismo, en lo que se refiere al cambio de los estilos de vida, el mejoramiento de los hábitos de alimentación y la práctica físico-deportiva entre los escolares y también entre adultos mayores. El éxito de esos programas responde a que fomentan la participación de las familias en los programas de intervención, lo cual ha aumentado su eficacia a la hora de modificar los hábitos alimentarios, incrementar la actividad física, superando el sedentarismo para, de esta manera, disminuir el riesgo de obesidad (54).

Actividad física como pilar de la prevención en salud integral

Es de gran interés la investigación acerca de la interacción entre la actividad física y la salud pública, pues se ha comprobado su significación en la prevención de enfermedades crónicas, además de la promoción del bienestar integral. Este interés se corresponde con la evidencia de que el sedentarismo

y la inactividad física, globalmente con mucha prevalencia están asociados a un amplio rango de enfermedades crónicas y muerte prematura. Pero además, varias investigaciones han mostrado que la actividad física no solo impacta positivamente en la salud física, sino también en la mental.

En general, es una evidencia repetidamente mostrada, que la actividad física mejora la calidad de vida y la salud a nivel individual y comunitario, por lo que se ha incorporado en la formulación de políticas de salud pública y la promoción de estilos de vida activos. La actividad física también ha mostrado ser una alternativa terapéutica eficaz para mejorar la condición física en con enfermedades como Parkinson.

Para los adultos mayores, las actividades físicas colectivas son cruciales para lograr un mejoramiento de su calidad de vida y la salud. Los estudios señalan que una buena recomendación para las personas mayores de 60 años es realizar al menos 150 minutos de actividad física de intensidad moderada a vigorosa por semana, para mantener una vida saludable, sobre todo si tienen hipertensión crónica o sufren de alguna dolencia metabólica o propensión a engordar. Esta recomendación es crucial tanto para adultos jóvenes como mayores, y su cumplimiento ha sido asociado con múltiples beneficios para la salud (55)

Patologías metabólicas y actividad física

El sedentarismo, como se ha demostrado en muchos estudios, es un factor de riesgo modificable de enfermedades cardiovasculares y metabólicas, como la Diabetes Mellitus tipo 2. Esta es la razón generalmente esgrimida para justificar el fortalecimiento de programas de actividad física que faciliten la adherencia a un modo de vida más activo, con adecuados hábitos alimenticios. Los efectos positivos de la actividad física son notables en el control de la masa corporal, los parámetros sanguíneos claves como la glucosa en la sangre y el perfil lipídico, además de la presión sanguínea.

Se han creado programas de actividad física y ejercicio con el fin de disminuir los síntomas y complicaciones de la diabetes mellitus, además de mejorar la calidad de vida, la modulación autonómica, la condición física, el control metabólico, la sensibilidad a la insulina, y, la funcionalidad, además, de reducir los marcadores inflamatorios y prevenir la progresión de neuropatías.

Se ha observado también que un entrenamiento concurrente primero con fuerza seguido de resistencia, logra un mejoramiento de la forma física y en el porcentaje de grasa y muscular en las mujeres. De igual manera, se reconoce el efecto del entrenamiento con el método Pilates con efectos en la compo-

sición corporal, la fuerza muscular, la flexibilidad entre otras, lo que favorece la calidad de vida, la funcionalidad, además de prevenir caídas. Efectos similares se encuentran con el entrenamiento de la resistencia muscular con el empleo de bandas elásticas y equipos tradicionales de gimnasio. También se emplean en estos programas la vibración, el entrenamiento de balance, fuerza muscular, y, capacidad aeróbica, esta última, relacionada con efectos positivos en la CV en dimensiones como funcionamiento físico, dolor corporal, salud general y mental en especial en mujeres (56)

Los planes establecidos para el control de la DM, por lo general incluyen la AF como estrategia de tratamiento, deduciéndose que la atención habitual responde a lo que expone la literatura desde la importancia del control de la dieta, la educación en salud y la AF para el manejo de esta patología,

SALUD INTEGRAL:

uniendo profesiones, salvando vidas

Capítulo 4

Innovación Tecnológica y Salud Digital

AUTORES: Karen Carolina Chila García; Erik David Pilataxi Fernández;
Rosa Estefanía Aldaz Sánchez; Mónica Fernanda Chimbo Ramos



Aplicaciones digitales en salud que consideran las particularidades culturales

Las innovaciones tecnológicas marcadas por la digitalización de la atención de la salud, es una poderosa tendencia que está revolucionando todas las actividades de las ciencias de la salud y el cuidado, al extender como nunca antes el alcance de la atención primaria a lugares apartados, a grupos humanos anteriormente marginados como las etnias indígenas, mejorar los servicios de diagnóstico y prescripción y control de tratamientos con mayor precisión y rapidez, además de abrir la posibilidad de una creciente personalización de la atención médica, dadas las características singulares de los pacientes, quienes ahora se ven más satisfechos de los resultados del cuidado. En este sentido, también se abre la posibilidad real de atender a las particularidades culturales mediante el desarrollo de aplicaciones digitales en salud.

En ese sentido, ha sido muy positivo el impacto de la telemedicina en las áreas rurales, que ahora, con la digitalización, abren la posibilidad de acceder a los servicios de salud superando antiguas barreras geográficas y temporales que, desde hace mucho tiempo, han limitado la atención médica en esos grupos humanos o etnias. De esta manera, los sistemas de salud incrementan sus capacidades para hacer más continua la atención de salud de comunidades apartadas, hacer más satisfactorio el servicio, cumpliendo así con expresas disposiciones legales, además de minimizar el costo que antes tenían los debidos desplazamientos, lo cual constituye un alivio significativo para las mismas poblaciones rurales y/o indígenas.

Pero las promesas de la digitalización encuentran en su realización con importantes dificultades, costos y retos que hay que asumir y superar, sobre todo cuando se trata de atender a comunidades, no solo distantes en términos geográficos, sino también culturales. Esos obstáculos son físicos, y exigen una importante inversión de parte de los estados y las empresas privadas, como la instalación de infraestructuras que garanticen la conectividad a internet de alta velocidad; otras dificultades tienen que ver con la educación, el cambio de las actitudes y hábitos, así como con la adquisición, por parte de los potenciales usuarios, de las necesarias competencias digitales, especialmente entre adultos mayores. También, y no menos importante, la extensión de la digitalización tiene que superar la natural desconfianza cultural hacia las consultas virtuales. Hay que tener presente, a la hora de diseñar planes de extensión de la digitalización hacia comunidades rurales o indígenas, la brecha socioeconómica a la cual contribuyen las históricas desigualdades, que hacen muchas veces inaccesibles los costos de dispositivos y servicios

de internet, todo lo cual son límites y barreras a romper para lograr el acceso equitativo a la TLM y poder dejar atrás todas las brechas que se presentan en la gran tarea de la adopción de las nuevas tecnologías con sus ventajas en las áreas rurales apartadas (57).

Por otra parte, las innovaciones y desarrollos tecnológicos continúan, con la visión de que los dispositivos conectados a Internet hagan más fácil el acceso a los servicios sanitarios de las personas de etnias apartadas, salvando las barreras lingüísticas y culturales. Las propuestas no solo vienen de las grandes empresas tecnológicas, sino también de instituciones científicas y académicas, como las universidades, en alianzas con entidades de los sistemas de salud. Este es el caso de las aplicaciones propuestas en las universidades, aliadas a centros de atención de salud como la del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, la ONG Salud entre culturas y la Universidad Politécnica de Madrid. Se hizo una hoja de ruta de aplicaciones con las siguientes funcionalidades: adherencia de tratamientos, calendarios, hasta más complejas como análisis de datos y reconocimiento de lenguas (58).

Uso de la tecnología para recopilar datos culturalmente relevantes

Incorporar las innovaciones tecnológicas en entornos geográficos y culturales diversos, es un proceso complejo que no debe abordarse unilateralmente, imponiendo el uso de ciertos aparatos o dispositivos, lo cual simplifica demasiado la tarea planteada. Hay que tener presente que la digitalización puede causar roces con hábitos y significaciones históricamente arraigadas en las comunidades. Sin perder de vista el objetivo general, de extender y mejorar la atención de la salud, es necesario comprender las diferencias culturales, para hacer posible una adaptación, no solo de las personas al uso de los dispositivos, sino de estos a las necesidades humanas, que es, en realidad, lo que da sentido a todo el proyecto. Ese conocimiento y comprensión intercultural puede facilitarse incluso utilizando la misma tecnología.

En este sentido, viene a colación estudios hechos acerca de las perspectivas sobre la adopción y la percepción de la inteligencia artificial en áreas rurales e indígenas, como la región de los Altos de Chiapas en México, donde se realizaron etnografías y actividades donde participaron actores claves de la vida de una etnia, quienes fueron entrevistados para explorar seis dimensiones clave:[1] percepciones y experiencias individuales,

[2] cambios en las prácticas culturales, [3] identidad cultural y sentido de comunidad, [4] preservación y transmisión de conocimientos tradicionales, [5] impacto económico y laboral, [6] dinámicas sociales y poder.

Con el supuesto de la posibilidad real de adaptación e integración de la Inteligencia Artificial a la vida de las comunidades indígenas, se planteó como objetivo del estudio, comprender cómo afectaría y pudiera entrelazarse la digitalización con la tradición y la cultura de las etnias de los Altos de Chiapas. Los hallazgos de la etnografía realizada revelaron una extrema complejidad en la interacción entre la tecnología y la tradición, pero también que, dadas las ventajas que la IA y la digitalización en general brindan en el acceso a información y oportunidades educativas, las comunidades flexibilizan sus aprendizajes y resistencias, para conocer, y adaptar las novedades tecnológicas.

Por otra parte, se evidenciaron algunos elementos que constituyen desafíos para la extensión de la tecnología, como la preocupación de la comunidad por la pérdida de la lengua indígena y sus prácticas culturales al ser impactadas por las redes sociales, por donde se introducen otras significaciones y valores propias de otras culturas, que, en general, chocan con las tradiciones y el conocimiento ancestral de las comunidades indígenas (59).

Telemedicina en el acceso universal a la salud

Se denomina telemedicina (TLM) el conjunto de tecnologías y prácticas posibles por ellas, dirigidas a extender y mejorar los servicios de atención de la salud, aplicando los conocimientos de las ciencias de la salud y las distintas profesiones comprometidas en lograr la salud para todos. Desde los inicios de la llamada revolución digital o científica, han sido la salud, junto a la educación, el comercio y la administración, el ámbito de mayores potencialidades de las tecnologías digitales que ofrecen superar barreras geográficas y facilitar el acceso a todos los servicios de salud. Ya en la década del 90 del siglo pasado, muchos estudiosos pronosticaban la extensión y la innovación de la digitalización a todos los ámbitos de actividad humana, pero fue a raíz de la pandemia de COVID 19 en 2020, cuando hubo una significativa aceleración de ese proceso de uso de las Tecnologías de Información y Comunicación, que tocó incluso a las áreas rurales más apartadas.

Los estudios acerca del uso de dispositivos y programas de telemedicina, ya en los años sucesivos a la emergencia sanitaria mundial, revelaron un gran nivel de satisfacción de los usuarios, que lograron acceder satisfactoriamente a los cuidados primarios virtuales, e incluso una porción importante llegaron a evaluarlos como equiparables o superiores a la atención presencial previa. De

esta manera, la telemedicina compensó los déficits derivados de la prohibición profiláctica de la presencialidad, porque, además, las innovaciones continuaron y se logró un mayor acceso a internet de alta velocidad, sobre todo en las ciudades, aunque también significativo en zonas rurales o apartadas. La digitalización en general, y la IA en particular, ha fortalecido la continuidad de la atención, incrementar la satisfacción de los pacientes y reducir los costos asociados con desplazamientos y la necesidad de infraestructura física (57).

Un juicio equilibrado acerca de las tecnologías digitales, debe considerar tanto sus ventajas como las desventajas o retos que plantea y que hay que superar a través de la misma innovación. Entre los puntos positivos, se ha señalado un mayor acceso a la información y a la prestación de servicios; fortalecimiento educativo; control de calidad de los programas de detección y reducción de los costos de la atención de en salud. Por otra parte, hay una cantidad de barreras o brechas tecnológicas; humanas y sociales; psico-sociales y antropológicas, que impiden que las potencialidades de la telemedicina se hagan realidad. También hay que resolver la estructura y lineamientos de la gobernanza y las brechas económicas. Aun así, el balance es globalmente positivo, pues se aprecia en las últimas dos décadas un importante aumento en los recursos y capacidad técnica, una mejora en la educación digital, un empoderamiento del paciente en su tratamiento y un mayor interés público en esta área. Además, en el área de la salud, es especialmente resaltante el éxito en la conformación de equipos interdisciplinarios, las redes académicas y profesionales y las consultas médicas virtuales. En el siguiente cuadro se pueden apreciar las principales barreras con que se ha conseguido el crecimiento de la telemedicina (60).

Tabla 1.

Principales barreras identificadas para la adopción de la telemedicina.

Tecnológicas	Humanas y sociales	Psicosociales y antropológicas	Gobernanza	Económicas
Estándares y certificación	Privacidad	Brecha digital (uso y acceso)	Licenciamiento y matriculación	Falta de datos y metodologías de evaluación
Infraestructura de TIV adecuadas	Seguridad	Cultura organizacional	Vacíos, grises y colisiones normativas	Financiamiento de servicios
Interoperabilidad	Integridad Confidencialidad	Capacitación de profesionales Investigación de necesidades reales Formación de estudiantes	Ley y reglamentación	

Fuente (60)

El enfoque de la telemedicina no debe centrarse en lo técnico, sino que debe atender el lado humano, por llamarlo de alguna manera, es decir, tratando de aportar soluciones a cuestiones claves, que tocan a las personas que usan los dispositivos, como la alfabetización digital, la creación del talento digital y la cultura. Otro aspecto que hay que cuidar es no limitarse a los abordajes desde el punto de vista exclusivamente disciplinarios, es decir, desde la práctica tradicional de la medicina o de alguna de las profesiones de la salud. Hay que integrar la perspectiva de los pacientes y, entre ellos, los “desconectados” o con escasa alfabetización digital (61). Por eso, las próximas innovaciones deben atender a temas como la usabilidad de aplicativos, la portabilidad (foco en dispositivos móviles, con funcionalidades integradas) y los flujos de trabajo asistenciales generando experiencias digitales pre y post presenciales.

Inteligencia artificial en diagnósticos y tratamiento

Una de las funciones más interesantes de la Inteligencia Artificial aplicada a la telemedicina, es la realización de diagnósticos. Esto se posibilita de diversas maneras, una de ellas es analizado imágenes o mediante técnicas radiológicas. Esto implica muchas ventajas en las áreas de cardiología, diagnóstico de cáncer, medicina personalizada, genómica y descubrimiento

de nuevos fármacos, respecto a los cuales se han desarrollado varias aplicaciones.

La IA aplicada en telemedicina y en la atención de la salud en general, se basa en diseños del tipo “machine learning”, que designa una tecnología que aprende en entrenamientos realizados con base en los datos que recoge selección y sistematiza de la Internet, y no de acuerdo a una programación debida a un ser humano, como los anteriores “sistemas expertos”.

A pesar de que la innovación ha continuado y cada vez sorprenden más las nuevas funciones que pueden desarrollar estos ingenios tecnológicos, todavía la aplicación de la IA en el diagnóstico médico, debe profundizar en la garantía de la seguridad de los datos, lo cual tiene implicaciones éticas y legales. Mientras tanto, la transformación que ha posibilitado la IA puede llevar a diagnósticos más precisos, más oportunos porque detecta las patologías de manera más temprana, logrando mejores resultados para los pacientes (62).

Por ejemplo, la IA se destaca en la detección de anomalías, porque analiza grandes volúmenes de imágenes médicas, con lo cual el radiólogo se apoya para identificar anomalías sutiles como tumores, coágulos sanguíneos o fracturas. También, esta tecnología puede analizar diapositivas de patología digital para identificar tejidos cancerosos e incluso clasificarlos en tipos de cáncer específicos, acelerando el proceso del diagnóstico y, en consecuencia, la prescripción de tratamientos más específicos y hasta predecir la respuesta al tratamiento (63), pues, al analizar los datos, la IA puede llegar a predecir cómo podría responder un paciente a diferentes opciones de tratamiento.

Una función de la IA en cardiología es la de analizar electrocardiogramas (ECG) para detectar ritmos cardíacos irregulares (arritmias) con alta precisión, lo cual ayuda a prevenir accidentes cerebrovasculares y otras complicaciones. (64) Además, puede hacer predicciones de insuficiencia cardíaca, con lo cual facilita una intervención temprana y medidas preventivas (65).

La integración de la IA en el diagnóstico médico ofrece multitud de ventajas: La reducción del error humano es una de las principales ventajas. presenta reconocimiento de patrones mejorado. En ello se destaca la IA se destaca al identificar patrones sutiles en imágenes y datos médicos que los ojos humanos podrían pasar por alto. La IA puede automatizar tareas que requieren mucho tiempo, como el análisis de imágenes o la evaluación preliminar de datos, liberando tiempo valioso para que los médicos se concentren en casos complejos y la interacción con el paciente. Esto puede gestionar el flujo de

trabajo de mejor manera (66). La IA puede priorizar los casos y resaltar información crítica, lo que permite a los médicos optimizar su flujo de trabajo y atender a más pacientes. La IA puede analizar grandes cantidades de datos de pacientes, incluido el historial médico, la información genética y los factores del estilo de vida, para crear una imagen más completa de la salud de un individuo. También se avanza en la estratificación del riesgo (67).

Desarrollo de medicamentos y vacunas accesibles

Una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es el acceso para todos a vacunas y medicamentos seguros, eficaces y de calidad, necesarias para lograr la cobertura sanitaria universal. Para ello, es necesario dar respuesta a dificultades como el incremento de los precios de los nuevos medicamentos, que llevan al límite las capacidades de los sistemas de salud nacionales. También hay que resolver la escasez y el desabastecimiento de medicamentos y vacunas esenciales, especialmente, las destinadas a combatir las enfermedades no transmisibles, además de atender al uso indebido de los opioides y dar alternativas farmacéuticas ante la resistencia a los antimicrobianos.

La Organización Mundial de la Salud, mediante su labor estratégica y normativa y su apoyo técnico en el ámbito mundial, regional y nacional, intenta desempeñar una función clave para garantizar el acceso a vacunas y medicamentos seguros, eficaces y de calidad. Para ello, se hace necesario adoptar un enfoque integral para los sistemas de salud, que comprenda todas las fases posibles, desde la cadena farmacéutica de valor, que incluye desde la investigación, desarrollo e innovación con arreglo a las necesidades, hasta las políticas de propiedad intelectual y comercio orientadas a la salud pública; además de los procesos y sistemas de fabricación, las políticas de precios; la integridad y eficiencia en las adquisiciones y la gestión del suministro, la selección, prescripción y uso adecuados. Lograr esto amerita una Buena gobernanza, una adecuada reglamentación, apropiados sistemas de monitoreo y la capacitación del personal, tareas en las cuales el apoyo de la OMS es crucial (68).

Innovación en el diagnóstico

Se pueden distinguir cuatro tipos de aplicaciones de la IA en la atención de la salud, a saber: las de gestión, las dedicadas a la medicina predictiva, las funcionales para la toma de decisiones y las que se encargan de los datos del paciente. La gestión de los servicios sanitarios abarca la administración general de los centros sanitarios, el suministro de actualizaciones en tiempo

real procedentes de múltiples fuentes y la organización de herramientas para gestionar la información de los pacientes. Esta categoría de la gestión abarca aplicaciones destinadas a mejorar la eficiencia de los hospitales, dirigidas tanto a profesionales sanitarios, como médicos y enfermeros, como a pacientes. Además, existen sistemas centrados en optimizar la logística hospitalaria, que incluyen la gestión de la distribución de medicamentos y equipos, al tiempo que trabajan para minimizar las inconsistencias entre los diferentes hospitales (69).

Ciertas aplicaciones dentro de la medicina predictiva se desarrollan para descubrir conexiones significativas dentro de grandes conjuntos de datos. Por el contrario, otras aplicaciones se centran en mejorar los procesos de diagnóstico, las opciones de tratamiento y los resultados predictivos que surgen en diversos contextos médicos. Las aplicaciones que ayudan al personal médico a controlar de forma proactiva los inicios de una enfermedad o a detectar los factores de riesgo de cada paciente con el fin de orientar las acciones sanitarias y obtener los mejores resultados también pueden incluirse en esta categoría. Otras funciones relacionadas con la prevención incluyen la creación y el desarrollo de nuevos medicamentos, el seguimiento de los pacientes y la personalización de los regímenes de tratamiento. Por último, pero no menos importante, varios autores han creado modelos de predicción para medicamentos y exámenes que permiten realizar un seguimiento y gestionar a los pacientes con enfermedades crónicas (70).

Las aplicaciones que sirven para la toma de decisiones están diseñadas para ayudar a los médicos y a la dirección a tomar decisiones clínicas en una amplia gama de ámbitos funcionales. Al agilizar los procedimientos y ampliar la gama de servicios ofrecidos, el objetivo es mejorar el rendimiento de la toma de decisiones clínicas y reducir al mismo tiempo los costes sanitarios. El apoyo virtual para la resolución de problemas de gestión clínica se ajusta a estos procedimientos (71).

La administración de macrodatos médicos, es decir, la gran cantidad de datos digitales recopilados de numerosas fuentes, es la tarea principal en el ámbito de los datos y el diagnóstico de los pacientes. Los datos generados por procedimientos clínicos, como el diagnóstico, la asignación de terapias y la detección, pueden gestionarse mediante sistemas de inteligencia artificial. También son útiles para automatizar los procesos de diagnóstico con el fin de evitar errores humanos, al tiempo que mantienen un alto grado de exactitud y precisión, así como para almacenar y proteger los datos personales de los pacientes. Por último, existen aplicaciones que combinan la monitorización

remota de pacientes con la telemedicina para permitir el diagnóstico a distancia (72).

Inteligencia artificial aplicada a la interpretación de resultados clínicos y recuperación física

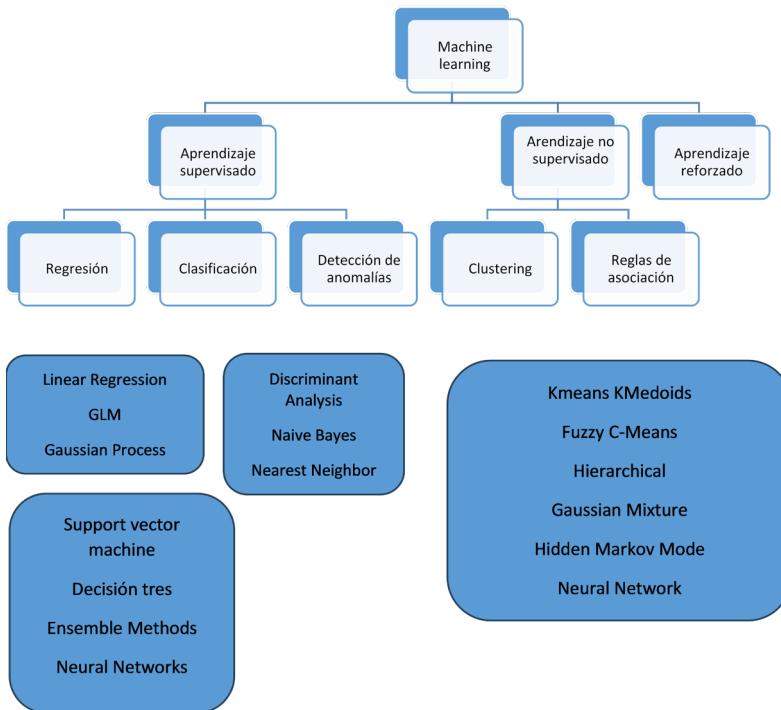
La inteligencia artificial puede facilitar el trabajo de los profesionales de la salud, descargándolos de trabajo rutinario, al automatizar labores administrativas, la división y el reemplazo de tareas y la mejora de la práctica clínica en diferentes aspectos. Numerosas tareas médicas, incluidas las relacionadas con el diagnóstico, la rehabilitación, la cirugía, el pronóstico y la predicción, la medicina personalizada, la investigación clínica y traslacional, entre otras, pueden beneficiarse del despliegue de tecnologías de IA (73).

La IA puede rendir ventajas importantes de las ciencias de la salud en áreas como la relación, la decisión, el descubrimiento y las operaciones. Las aplicaciones que facilitan la interacción entre humanos y máquinas se denominan aplicaciones relacionadas con las relaciones. La comprobación de síntomas, la selección y clasificación automatizada de pacientes, las terapias digitales (terapia farmacológica combinada con apoyo digital), los agentes inteligentes (centros de contacto, portales para pacientes), la tecnología para la diabetes (bombas de infusión de insulina, monitorización de la glucosa en sangre en tiempo real) y la atención domiciliaria para personas mayores son solo algunos ejemplos. La IA ayuda a comprender las enfermedades en las aplicaciones de descubrimiento (73)

Los algoritmos de ML más habituales en el ámbito biomédico, que se recogen de forma esquemática en la figura 1, se pueden clasificar a partir de las tres formas básicas por las que las máquinas pueden aprender: el aprendizaje supervisado, el no supervisado y el reforzado

Ilustración 2.

Machine learning y aplicaciones más utilizadas en el área clínica.



Fuente (73)

Big data y decisiones clínicas en actividad física

En los últimos años, se ha incrementado el uso de dispositivos inteligentes como los teléfonos móviles (smartphones) o relojes inteligentes (smartwatch) para promover la actividad física y el bienestar entre los pacientes. El acceso a una variedad de aplicaciones de salud, que pueden mejorar la prestación de servicios y fomentar el empoderamiento de los pacientes en lo que respecta a su propia salud y estilo de vida, es lo que está impulsando este cambio tanto para los pacientes como para los profesionales. Estas aplicaciones se están integrando, a su vez, con desarrollos tecnológicos como la IA, la internet de las cosas médicas (IoMT) y el almacenamiento de datos en la nube, entre otros sistemas tecnológicos emergentes, lo cual complementa la práctica clínica; aun así, todavía se presentan muchas limitaciones para su implementación plena en la práctica clínica (74).

En la última década, han ganado relevancia las aplicaciones móviles de Salud (mSalud) que promueven la actividad física y el bienestar, especialmente a través de las redes sociales y el denominado wearable activity trackers. Con estas innovaciones, la mSalud puede monitorizar y evaluar a los pacientes en forma remota sin interferir en las actividades cotidianas. Estos programas pueden personalizarse según la situación particular de cada paciente gracias a la disponibilidad de datos tan completos sobre estilos de vida e indicadores de salud. Esto fomenta la responsabilidad y el empoderamiento en muchos aspectos de la salud del paciente y, como es lógico, reduce los gastos.

Aparece el concepto de Internet de las cosas médicas (IoMT), incluido en un conjunto mayor de innovaciones tecnológicas denominado Internet de las Cosas tecnológicas (Internet of Things), en lo cual se comprenden aquellos dispositivos médicos conectados a internet y entre sí, con la capacidad de almacenar, recopilar, compartir datos. Entre estos dispositivos se encuentran los dispositivos personales, los electrodomésticos portátiles, los dispositivos wearables para el control de la salud en tiempo real, como pulseras inteligentes, teléfonos móviles con ropa y textiles electrónicos incorporados, dispositivos para el seguimiento de la actividad física, termómetros, glucómetros y lectores de ECG. Los usuarios (tanto pacientes como expertos) pueden controlar su salud gracias a los dispositivos médicos interconectados, los servicios de almacenamiento en la nube y las soluciones de seguridad (como Blockchain).

Nuevas herramientas digitales en enfermería, fisioterapia, farmacéuticos, laboratorios clínicos, medicina, nutrición, biotecnología, odontología y optometría para diagnósticos más precisos

Un componente clave de la transformación digital de los servicios sanitarios es el uso de sistemas de información sanitaria (HIS, por sus siglas en inglés). Estos sistemas facilitan la gestión eficaz de la información de los pacientes mediante la integración y la gestión de datos administrativos y clínicos. Los HIS recopilan información de diversas fuentes, entre las que se incluyen sistemas de laboratorio, aplicaciones de imágenes médicas y registros médicos electrónicos (EMR, por sus siglas en inglés). Al facilitar un acceso rápido y preciso a los datos de los pacientes, este proceso de integración mejora la coordinación de la atención y minimiza la duplicación de pruebas y tratamientos.

Los sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas (CDS, por sus siglas en inglés) son instrumentos esenciales en la transformación digital del sector sanitario, ya que facilitan la toma de decisiones clínicas basadas en da-

tos. Con el fin de proporcionar sugerencias respaldadas por pruebas, los CDS combinan los datos de los pacientes con algoritmos y modelos de decisión. El CDS se ha incorporado a las plataformas de telemedicina y a los sistemas HIS para mejorar la gestión del tratamiento y la precisión del diagnóstico. (75).

Hay muchos sitios web y blogs con servicios de apoyo on line a la Enfermería, gracias a la IA. Se pueden mencionar los siguientes, entre muchos otros: *Enfermería Blog* (76), *Blog Cursos Enfermería* (77), *Salusone App* (78) y *Herramientas para consulta de NANDA NOC NIC* (79) con aplicaciones de Enfermería en IA, que incluyen *diagnósticos NANDA, NOC, NIC; Aturos* para simplificar y optimizar la gestión de los cuadrantes en los hospitales; *Aemps-CIMA*: que permite el acceso a información acerca de 15 mil medicamentos y 1600 principios activos, *Infusión Nurse*: que calcula medicación, EIR, para realizar el examen Enfermero/Interno/Residente; *Universal Doctor Speaker* que brinda apoyo a las enfermeras en todos los idiomas, *NurseTest*: que incluye multitud de tests y cuestionarios de aplicación sanitaria; *IRCP* un asistente interactivo que a través de voces, alarmas, textos y señales, guía y asiste durante la reanimación cardiopulmonar; *PrevenApp*: evalúa el tiempo y el riesgo para que una persona convaleciente sufra úlceras por presión; *BCXEVA*: valora el dolor de forma analógica en aquellos pacientes que son reticentes a utilizar palabras para cuantificar su dolor; *Food Linker*: identifica en segundos los ingredientes que contienen un producto, útil para pacientes alérgicos; *Asistente RCP*: guía en tiempo real para situaciones de emergencia grave y técnicas de resucitación; *HIPOT CNV*: facilita la comunicación a personas que sufren dificultad en la expresión oral, por enfermedad o por idioma, mediante un lenguaje audiovisual; *NDCalculator*: calcula el volumen final a diluir determinados fármacos endovenosos; *HealthScience*: proporciona los abstractos de publicaciones para informar a profesionales de la salud; *ScoresPediatría*: aplica 70 pruebas de pediatría: desde el de Apgar, Capurro hasta el de Ballard; *PARENTERAL*: guía dirigida al personal sanitario que quiera complementar sus conocimientos relacionados con la administración de medicamentos por vía parenteral, *Salud Infantil*: donde se pueden descargar esquemas de actuación para salvar la vida de bebés y niños a través de una información práctica, completa, actualizada u útil.

La personalización del tratamiento en equipos integrados

Cada paciente tiene características distintivas que requieren una atención especial a la hora de recibir asistencia médica. La importancia de personalizar los equipos médicos se extiende a la adopción de soluciones tecnológicas, ya que los equipos médicos modernos están cada vez más integrados con

tecnologías de vanguardia. Por lo tanto, la personalización abarca más que el tamaño o la apariencia; también implica la implementación de cierta tecnología para cada aplicación. La calidad de los tratamientos se mejora aún más con el uso de software especializado, sensores inteligentes y sistemas de monitorización.

La personalización de los equipos médicos mejora la experiencia general del paciente, además de la eficacia del tratamiento, por cuando las herramientas y dispositivos digitales logran adaptarse a las necesidades de cada paciente, con lo cual ayudan a reducir la tensión y la ansiedad en un entorno en el que la comodidad y la seguridad son fundamentales.

SALUD INTEGRAL:

uniendo profesiones, salvando vidas

Capítulo 5

Salud Global y Sostenibilidad

AUTORES: Jorge Luis Aguirre Borja; Josselyn Mariana Muentes Vélez;
José Gabriel Pilay Chávez; Gustavo Ernesto Montijano Damico



Concepto de salud global en el siglo XXI. Definición y principios de salud global

El concepto de salud ha tenido una importante evolución, gracias a la profundización en el estudio de sus determinantes, el marco teórico desde el cual se describe o explica y las consecuencias que esa definición tiene en el diseño de políticas públicas y las prácticas profesionales. Además de ser una noción que ha cambiado en la medida en que avanza la ciencia y el reconocimiento político y jurídico de los derechos que se le relacionan, se trata de un criterio que debe adecuarse a contextos muy específicos e, incluso, personales, en el sentido de que depende de la edad del individuo, sus condiciones y su entorno, y también del estado inicial de cada persona, entre otras variables.

La definición elaborada por la Organización Mundial de la Salud en 1948 es clave para entender las múltiples determinaciones de la salud. Esta se trataría de: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (80). El concepto ha sido debatido y modificado, para complementarlo con la dimensión espiritual, que se refiere a un sentido de plenitud y satisfacción con la propia vida, sistema de valores, autoconfianza y autoestima, autoconciencia y presencia, paz y tranquilidad con equilibrio emocional dinámico, tanto interno como hacia el entorno, moralidad y veracidad, desinterés, emociones positivas, compasión y voluntad de ayudar y apoyar a los demás, responsabilidad y contribución al bien común y manejo exitoso de los problemas y demandas de la vida cotidiana, así como del estrés social (81).

La definición de salud está tensionada también por las diferencias filosóficas y culturales. De hecho, la noción occidental de salud como un estado absolutamente bueno o malo (la enfermedad) de manera absoluta, es diferente a la oriental, que se refiere al equilibrio entre lo negativo y lo positivo que se encuentra en antiquísimos pensamientos orientales, que se expresan en el símbolo del Taiji o del ying yang.

Pero, incluso, la noción de la salud superada por la OMS, como ausencia de enfermedad, fue un avance por haber dejado atrás, por su parte, las visiones biologicistas del siglo XIX, que se relacionaban con la idea de la supervivencia del más apto en clave evolucionista. El siglo XX también aportó la perspectiva holística que, al llamar la atención acerca de totalidades, permitió advertir, no solo la complejidad del concepto, sino también la importancia de los determinantes sociales, económicos y culturales. De hecho, la noción de la OMS de 1948 resultó del debate entre las tesis salutogénicas y las patogé-

nicas, o sea, las teorías que se centraban en la salud propiamente dicha y las que se referían principalmente a las causas de las enfermedades. Además, la medicina social y la salud pública llamaron la atención acerca de lo incompleto de atender únicamente la salud de los individuos, sino también la salud de los grupos y las comunidades, es decir, la interacción de los sujetos con el medio social.

La perspectiva que tiende al consenso hoy en día, es la que caracteriza la salud por tres rasgos: totalidad, pragmatismo e individualismo. La totalidad indica que se trata de un fenómeno entrelazado con todos los demás aspectos de la vida, la vida cotidiana, la vida laboral, la vida familiar y la vida comunitaria. La ausencia de enfermedad no es suficiente: se debe tener en cuenta la situación de la vida como un todo. El enfoque pragmático aborda la salud en un sentido realista y cotidiano; ella es experimentada y evaluada de acuerdo con lo que la gente considera razonable esperar, dada la edad, condiciones médicas iniciales y situación social, además de apreciar cualquier otro valor positivo en la vida que pueda compensar las pérdidas (81).

De hecho, en esta era cuando las innovaciones tecnológicas signan la vida colectiva e individual, surgen propuestas como el trashumanismo que sostiene la posibilidad y conveniencia de que el ser humano supere sus limitaciones a través de la tecnología (82). Esta idea cambia de manera radical nuestras ideas sobre la salud. Por ejemplo, cambia la noción del envejecimiento, pues ya no se aceptaría como un proceso natural, sino como uno patológico. El transhumanismo plantea la deseabilidad de una salud mejorada o una Supersalud, basada en medios de ingeniería genética, sustitución continua de órganos, artes técnicas en el cuerpo, hasta llegar la posible inmortalidad por ciborgización, la creación de ser híbridos humanos-robots que fusionen dispositivos con organismos biológicos. En ese panorama, ¿seríamos capaces de abandonar un cuerpo limitado e imperfecto? Por supuesto, esto implica una difícil polémica metafísica y antropológica acerca de la trascendencia de la condición humana con implicaciones religiosas también.

En medio de estas reflexiones y debates, surge la noción de salud global para referir la preocupación por la salud de todas las personas en el planeta, sin importar su nacionalidad o ubicación geográfica, lo cual justifica un abordaje global. Se trata de la dimensión planetaria de la problemática de la salud que arroja luces hacia todas las amenazas para la salud, que trascienden las fronteras nacionales debido a fenómenos de gran envergadura como la propagación pandémica de algunas enfermedades, la movilidad de las poblaciones, la interdependencia económica y los factores ambientales compar-

tidos. Esta perspectiva exige la cooperación internacional en la lucha contra pandemias, la promoción de prácticas de salud globalmente responsables y sostenibles, y la mejora de la salud en las comunidades más vulnerables del mundo (83).

Desafíos actuales en la atención sanitaria internacional

Atender la salud en el mundo de hoy, por supuesto, está condicionada al afrontamiento de los complejos desafíos del mundo de hoy, cuyo devenir está signado por el conflicto y la incertidumbre. Muchos son los temas pertinentes cuando se trata de lograr ciertos consensos sobre definiciones fundamentales y sus consecuencias en la elaboración de políticas públicas, confección de presupuestos e inversiones, compromisos internacionales, llegando hasta los programas de formación de las profesiones de la salud, las formas concretas de aplicación profesional, el trabajo en los equipos interdisciplinarios, los derechos del paciente y la participación de familias y comunidades en el logro de un objetivo tan ambicioso, pero que figura en todas las declaraciones, como el de salud para todos, sin discriminación y sin límites.

Los desafíos a la atención de la salud abarcan temas candentes que merecen la consideración si se parte de una definición de la salud global, como la que se ha esbozado aquí. De esta manera, tópicos como la crisis climática, los conflictos bélicos, los esfuerzos porque la justicia y la equidad rijan la atención de la salud, el acceso a la atención y a los medicamentos, la difusión de las enfermedades infecciosas por determinantes socioeconómicos, las hambrunas y desnutrición de grandes masas, la inversión en salud, instalaciones y profesionales, la integración de la salud a la actual revolución científica y tecnológica, entre otros asuntos, han sido señalados como fundamentales en los foros internacionales.

La OMS ha hecho énfasis en caracterizar la crisis climática como una crisis de salud, y como ilustración, hechos como que la contaminación del aire mata a aproximadamente 7 millones de personas cada año, mientras que el cambio climático provoca desastres naturales más extremos, exacerbía la desnutrición y alimenta la propagación de enfermedades infecciosas como la malaria. Esta constatación implica que debe darse una cooperación intensa entre los impulsores de la salud y los movimientos ecologistas y aquellas voces que abogan por un urbanismo más humano en las ciudades. Además, esa relación debe materializarse, además de en acciones concretas y organizadas de la comunidad, en más investigaciones científicas acerca del impacto de la variable climática en la salud de la población.

La salud humana y el medio ambiente mantienen una interacción compleja y multidimensional. La contaminación del aire, el agua y el suelo, junto con otros elementos ambientales, puede tener graves efectos negativos para la salud de las personas, como cáncer y trastornos cardiovasculares y respiratorios (84)

Otro desafío precisado por la OMS es el de llevar la salud a lugares en crisis o en conflictos bélicos prolongados, situaciones en las cuales se producen los brotes de enfermedades más letales. Se agrega a este hecho, las agresiones de que son víctimas los trabajadores de la salud y las instalaciones durante esas guerras, que, además, provocan el abandono masivo de los hogares, en migraciones en las que decenas de millones de personas pierden cualquier acceso a la atención médica durante años.

Tenemos también el reto de imponer la justicia y la equidad en la atención de la salud, factor este último que contribuye a reducir las desigualdades que afectan a la mayoría. En este sentido, la OMS ha propuesto que todos los Estados deberían destinar un 1% más de su Producto Interno Bruto a la atención primaria, para incrementar el acceso a los servicios esenciales de calidad que necesitan, cerca de sus hogares.

El acceso a los medicamentos también constituye un desafío al cual hay que responder de inmediato en todo el mundo. Se ha documentado que alrededor de un tercio de las personas del mundo carecen de acceso a medicamentos, vacunas, herramientas de diagnóstico y otros productos de salud esenciales. Otro dato importante es que los medicamentos significan el segundo gasto más grande, después del pago del personal, para la mayoría de los sistemas de salud, y el gasto más grande de las personas en los países de ingresos bajos y medianos.

Hay retos actuales que demandan acciones inmediatas de los gobiernos y los sistemas de salud, como la detención de las enfermedades infecciosas como el VIH, la tuberculosis, la hepatitis viral, la malaria, las enfermedades tropicales desatendidas y las infecciones de transmisión sexual matarán a unos 4 millones de personas en 2020, en su mayoría pobres, incluso el sarampión que por limitaciones en la vacunación, costó más de 140.000 vidas en 2019, muchas de ellas niños. Además, el mundo entero debe estar preparado ante la amenaza de nuevas pandemias, probables, que pueden extenderse rápidamente.

La alimentación de la población también ha devenido un tema importante de la salud global, en dos manifestaciones extremas. Por una parte, el hambre

y la inseguridad alimentaria afectan a millones de personas; por la otra un consumo inadecuado de alimentos ultraprocesados genera sobrepeso, obesidad y enfermedades relacionadas, así como los trastornos metabólicos aumentan en todo el mundo.

Es una propuesta general aumentar la inversión en las personas que defienden nuestra salud, como también en educación, habilidades y empleos. Hay que proteger a millones de adolescentes que mueren anualmente por lesiones en la carretera, el VIH, el suicidio, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y la violencia interpersonal, además de sufrir las consecuencias del consumo del alcohol, el tabaco y las drogas, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y la exposición previa al maltrato infantil aumentan el riesgo.

Otro imperativo es ganar la confianza pública en los sistemas de salud, en las jornadas de vacunación y demás actividades preventivas y de atención primaria. La difusión incontrolada de información errónea en las redes sociales ha erosionado la confianza en las instituciones públicas de salud. También es necesario para contribuir a la salud global la incorporación de las innovaciones tecnológicas para prevenir, diagnosticar y tratar muchas enfermedades, así como estimular la investigación en áreas como la edición del genoma humano, la biología sintética y las tecnologías de salud digital, la inteligencia artificial y demás desarrollos prometedores.

Un problema que se ha agudizado y hacia el cual hay que dirigir la atención, es el aumento de la resistencia microbiana a los antibióticos, debida a una miríada de factores que incluyen la prescripción y uso no regulado de antibióticos, la falta de acceso a medicamentos de calidad y asequibles, y la falta de agua limpia, saneamiento, higiene y prevención y control de infecciones.

Una línea de acción de los gobiernos, atendiendo a las orientaciones generales de la salud, es la de mantener la atención médica limpia, mediante efectivos servicios de agua, saneamiento e higiene. La falta de estos elementos básicos conduce a una atención de baja calidad y una mayor probabilidad de infección para pacientes y trabajadores de la salud (85)

Equidad en el acceso a servicios de salud

Uno de los principios fundamentales de la OPS es la equidad en salud, que define como la lucha por la justicia y la equidad mediante la erradicación de las disparidades innecesarias y evitables. La organización internacional se ha fijado como objetivo impulsar la cooperación estratégica entre los Estados Miembros y otros socios con el fin de promover la equidad en salud. Además,

desde el punto de vista de la equidad, aclara que la mayoría de las disparidades en el estado de salud y los resultados entre los distintos grupos se deben a factores sociales y económicos que producen y perpetúan las disparidades en el acceso a la atención sanitaria, más que a desigualdades biológicas. (86).

Reconociendo las necesidades de salud específicas de culturas alrededor del mundo

Con el fin de desarrollar políticas y servicios de salud que estén al alcance de toda la población, la OPS reconoce la necesidad de abordar la diversidad étnica, socioeconómica y cultural que existe entre los Estados Miembros y las unidades técnicas. Los obstáculos y prejuicios a los que se enfrentan los hombres, y en particular las mujeres, en estos grupos en relación con su bienestar están bien documentados.

Los requisitos y características únicos de estos grupos tampoco se tienen en cuenta en los sistemas de información sanitaria, lo que repercute en la formulación de tratamientos y en los parámetros utilizados para evaluar la calidad de la atención que reciben estas poblaciones. El desarrollo, la implementación, el seguimiento y la evaluación de las políticas públicas deben garantizar los derechos humanos, la igualdad de género, el interculturalismo y la participación de las comunidades pertinentes (87).

La diversidad, la inclusión y la sensibilidad cultural son esenciales en la atención sanitaria. Esto significa abordar las barreras lingüísticas y comprender las diferentes culturas. También significa contar con un equipo diverso que se parezca a las comunidades a las que presta servicio. De esta manera, los entornos sanitarios se vuelven más acogedores para todos.

Contar con médicos sensibles a las diferencias culturales que puedan brindar un mejor apoyo a sus pacientes es fundamental, ya que cada vez más personas de diversos orígenes buscan atención médica. La diversidad cultural incluye elementos como el género, la edad y el origen étnico. Los profesionales encargados de la atención de salud con sensibilidad cultural pueden tener un impacto significativo. Son capaces de establecer una relación de confianza con los pacientes, mejorar la comunicación y ofrecer un tratamiento individualizado. Para los profesionales de la salud, la formación en sensibilidad cultural y prejuicios es esencial.

Tabla 2.

Beneficios de la competencia cultural en salud.

Beneficios de la competencia cultural en el ámbito sanitario	Resultados
Mejora de la comunicación y la confianza entre pacientes y proveedores	Mayor satisfacción y experiencia del paciente
Atención personalizada, empática e inclusiva	Reducción de errores médicos y eventos adversos
Reconocimiento y comprensión de la diversidad cultural	Precisión diagnóstica y resultados terapéuticos mejorados
Reducción del impacto de los prejuicios inconscientes y la discriminación	Mayor inclusión y equidad en salud

Fuente adaptación de (88)

Un mejor tratamiento y salud para todas las poblaciones pueden ser el resultado de centros de salud que valoren la diversidad, la inclusión y la conciencia cultural (88).

Determinantes sociales y económicos de la salud global

La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (89). En el contexto de su concepción, la OMS diferencia los determinantes sociales estructurales y los intermedios. La clase social, el género y la raza/etnia son algunos de los factores sociales y políticos que contribuyen a la producción y distribución desigual del poder y otros recursos importantes entre los distintos grupos sociales. La desigualdad social, que se define como las disparidades injustas y evitables en las que los grupos sociales desfavorecidos tienen sistemáticamente peores resultados de salud que los grupos sociales privilegiados, conduce a su vez a disparidades en la salud y el bienestar de la población.

Las circunstancias de vida y trabajo más similares a la vida cotidiana de las personas se conocen como determinantes intermedios. Entre ellos se incluyen, entre otros, las condiciones laborales y de trabajo, las condiciones de vivienda, el transporte y las situaciones psicológicas. Cabe destacar que este marco conceptual se basa en una cadena causal en la que se cree que los

determinantes intermedios son causados por los determinantes estructurales (89).

América Latina se ha caracterizado por ser la región de mayores desigualdades del mundo. En 2022, el 29% de la población de América Latina estaba en situación de pobreza, y el 11.2% en pobreza extrema, cifras similares a las de una década atrás. Ante esta realidad, la Comisión Económica Para América Latina y la Organización Panamericana de la Salud han recomendado incrementar la inversión pública en salud para llegar a, al menos, el 6% del PIB del país. Ese presupuesto debe prever por lo menos un 30% para la atención primaria.

La pobreza y la desigualdad es una constante que determina la salud de muchos millones de personas. El quintil de menores ingresos presentan una mortalidad materna 7 veces mayor y una mortalidad infantil 4.5 veces mayor que las del quintil de mayores ingresos. En 2019, la tasa de mortalidad atribuida a agua insalubre, saneamiento deficiente y falta de higiene fue 6 veces mayor en el quintil de menores ingresos que en el de mayores ingresos. En 2021, las 105 personas más ricas de América Latina poseían un patrimonio equivalente al 4% del patrimonio total de la región, reflejando una alta concentración de la riqueza. A finales de 2021, solo el 30% de la población de la región tenía el esquema de vacunación completo contra el COVID-19, alcanzando el 70% a finales de 2022.

Además de estos indicadores terribles, América Latina sufrió el “apagón” educativo más prolongado del mundo durante la pandemia, con una interrupción de clases presenciales de 70 semanas, superando el promedio mundial de 41 semanas. Entre 2020 y 2022, América Latina y el Caribe concentró el 27% del total mundial de muertes por COVID-19, lo que refleja el impacto desproporcionado de la pandemia en la región.

Reconocer las causas complejas y a menudo persistentes de la mala salud y las disparidades sanitarias es esencial para abordar los determinantes sociales de la salud con el fin de promover una mayor equidad en la salud y el bienestar de los pueblos de las Américas. Para ello se necesitan estudios tanto epidemiológicos como de ciencias sociales.

El énfasis en los determinantes sociales de la salud puede ayudar a eliminar las principales barreras que impiden avanzar en la equidad sanitaria, al abordar las «causas fundamentales» que subyacen tanto a la buena como a la mala salud y que explican las disparidades. Las medidas necesarias en esta situación van más allá del ámbito exclusivo del sector sanitario, y es fun-

damental mejorar la coordinación entre los distintos sectores de las políticas públicas.

La mejora de las condiciones de vida de las personas a lo largo de toda su vida es posible gracias al trabajo intersectorial, que puede promover la equidad, el bienestar y la salud. También debe tenerse en cuenta la influencia que las políticas y los programas creados por muchos sectores tienen en la salud y el bienestar de la población (La salud en todas las políticas).

Cambios climáticos y su influencia en la salud pública

El cambio climático agrava algunos riesgos para la salud y genera nuevos problemas de salud pública. Según algunos indicadores de salud, el calentamiento climático provocará 250 000 muertes adicionales al año en todo el mundo en las próximas décadas.

Reducir las emisiones de gases de efecto invernadero que contribuyen al cambio climático es una responsabilidad importante del sector sanitario. Las instalaciones sanitarias deben ser más ecológicas mediante inversiones en gestión de residuos, tecnología energéticamente eficiente y paneles solares. Solo alrededor del 0,5 % de la financiación climática mundial se ha destinado a iniciativas sanitarias en todo el mundo.

Durante y después de los desastres, las instituciones sanitarias también deben estar seguras y seguir funcionando. El 67 % de las instituciones médicas de América se encuentran en regiones vulnerables a los desastres naturales. En los últimos diez años, los daños en las infraestructuras han impedido que 24 millones de personas tuvieran acceso a la atención sanitaria durante meses.

Entre los factores climáticos que impactan la salud, tenemos los siguientes:

- Olas de calor más habituales y duraderas en diferentes regiones del mundo. Exceso de mortalidad y mayor agotamiento por calor
- Agravamiento del asma y otras enfermedades respiratorias alérgicas por la exposición a los aeroalérgenos
- Aumento del riesgo de desnutrición por la caída de la producción de alimentos (especialmente en los trópicos) y el menor acceso a estos
- Mayor mortalidad cardiopulmonar por la presencia de partículas y la alta concentración atmosférica de ozono muy tóxico

- Agravamiento de enfermedades circulatorias y respiratorias
- Efectos combinados de la desnutrición y las enfermedades infecciosas
- Mayor sufrimiento para pueblos indígenas y tradicionales
- Efectos crónicos por retraso del crecimiento y consunción infantil
- Pérdidas de salud causadas por desastres como tormentas, huracanes, tornados e inundaciones (90).

SALUD INTEGRAL:

uniendo profesiones, salvando vidas

Capítulo 6

Investigación e Innovación Multidisciplinaria

AUTORES: María José Muentes Vélez; Nube Beatriz Sanmartín Matute;
Ajan Nemias Holguín Quichimbo; Aida Macías Alvia



Diseño de estudios en salud

Hay en Medicina dos tipos de investigación, igualmente importantes, además de complementarias. Por una parte, se encuentra la denominada investigación primaria en la cual los investigadores analizan, experimentan y sistematizan evidencias directamente en el campo de actividad profesional, la experiencia clínica, con ensayos analíticos o descriptivos, o en laboratorios, donde participa activamente el equipo de indagadores. Por su parte, la investigación secundaria recoge, selecciona, sintetiza y sistematiza el análisis de los resultados organizados y publicados por las investigaciones primarias, con el fin de elaborar conceptualmente, mediante generalizaciones, clasificaciones, inferencias y distinciones, las explicaciones pertinentes a un cumulo de evidencias.

Ambos tipos de investigación, utilizan el método científico fundamentado en un enfoque positivista, que se basa en observaciones sistemáticas o experimentaciones, donde el investigador controla alguna variable, para inducir generalizaciones o verificar hipótesis deducidas de las teorías existentes. Las conclusiones, que son siempre delimitadas en su alcance y sujetas a nuevas revisiones, críticas y ampliaciones, buscan establecer conclusiones que conduzcan a un mejoramiento significativo en el afrontamiento de los problemas de la salud humana.

El momento clave de la realización de una investigación, es el del diseño, donde se expone detalladamente la metodología utilizada la cual, además de la rigurosidad en la constatación empírica detallada y las inferencias lógicas que alimenta el análisis y la exposición de resultados, debe estar regida por principios clínicos éticos. Aplicando criterios positivos de la indagación, la investigación en las Ciencias de la Salud, especialmente las médicas, deben extraer conclusiones significativas a partir de los datos recogidos y los resultados obtenidos a través de un diseño científico adecuado (91). Este enfoque positivista de la investigación de la salud o médica, se ha venido complementando, principalmente desde la Enfermería, con una tendencia fenomenológica o hermenéutica que fundamenta las investigaciones cualitativas, que indagan las significaciones subjetivas y sociales en torno a los problemas propios de la salud (92).

Los diseños de investigación pueden distinguirse por criterios de alcance, de objetivos y carácter de los conocimientos o resultados esperados. En todo caso, estas clasificaciones sirven de guía para contribuir a clarificar y precisar la clave de toda indagación que son las preguntas o los interrogantes

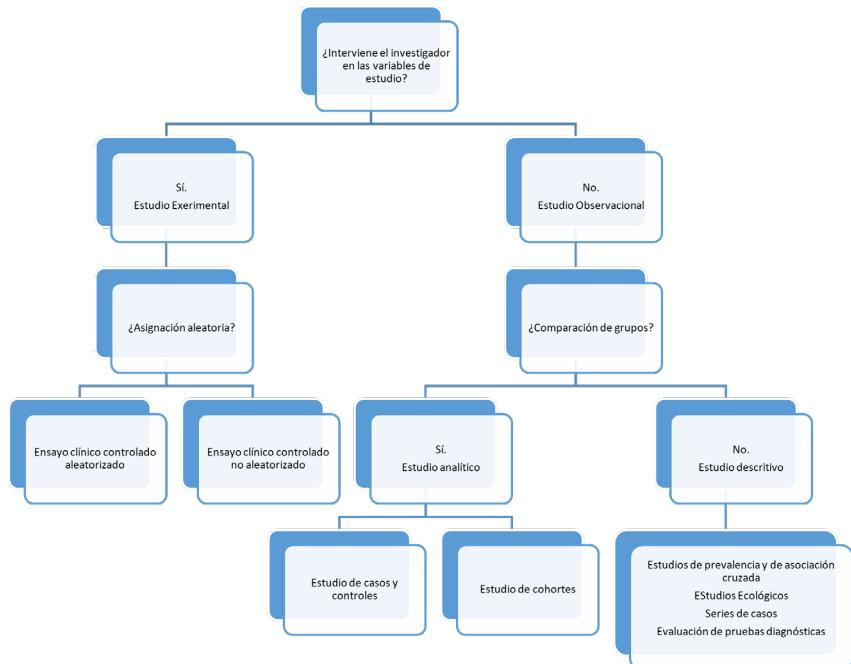
que se pretenden resolver. Otro aspecto a considerar para escoger el tipo o alcance de una investigación, es el de su factibilidad, en términos de disponibilidad de recursos y sus limitaciones. La interrogante de investigación incide en la definición de la naturaleza de la indagación, su objetivo de la investigación y su factibilidad (93).

El diseño de investigación se refiere a la primera fase de toda investigación, es decir, la planificación, la cual incluye la sistematización del método y los procedimientos utilizados para recopilar y analizar datos sobre variables especificadas en una determinada pregunta de investigación. La definición del diseño determina la validez de los resultados de una investigación, lo cual exige el conocimiento de los métodos más utilizados en las ciencias biomédicas.

Desde un punto vista que goza de mayor consenso en las ciencias médicas, la anatomía suele guiar la fisiología (94), por lo que el tipo de diseño de investigación, es determinante de lo que se puede hacer y lo que no se puede hacer, en sentido figurado la “fisiología”). Hay que tener presente también que la investigación primaria tiene, a su vez, dos modalidades fundamentales: la experimental y la observacional. Esto se ilustra en el siguiente algoritmo de clasificación de tipos de diseño de investigación.

Ilustración 3.

Algoritmo de clasificación de tipos de diseños de investigación.



Fuente adaptación de (91)

En la ilustración pueden distinguirse claramente dos grandes tipos de diseño de investigación. Por una parte, se halla el criterio de la intervención sobre las variables, lo cual diferencia el estudio experimental del observacional. Por otro lado, si se tratara de estudios observacionales, pueden distinguirse, según la finalidad del estudio, entre la investigación analítica y la descriptiva.

Los diseños propios de estudios experimentales se caracterizan por la intervención del investigador sobre las variables, ejerciendo intencionalmente un control de acuerdo a los fines de la investigación. A su vez, en los estudios experimentales, se diferencian los de alcance analítico, que buscan establecer una relación causa-efecto, y las distinciones según el tiempo que se considere, si es en un lapso determinado, los estudios longitudinales, y los que se proponen hacer pronósticos, denominados prospectivos. Así mismo, hay que establecer si se trata de valorar el efecto de una intervención, sea terapéutica, preventiva u otras, en comparación con otras, o con un

grupo control, donde no se ha intervenido de ninguna manera . Los estudios observacionales pueden tener una finalidad analítica o una descriptiva (95).

El diseño de una investigación es crucial, porque sobre este se sostiene el marco para la realización de un estudio. Desafortunadamente, innumerables libros de texto de metodología de la investigación, estadística médica y epidemiología, así como artículos especializados, han descrito a los tipos de diseño de investigación con una pluralidad de visiones que ha hecho que surjan variedades de términos diferentes utilizados para conceptualizarlos (96). Todo esto ha generado una confusión (entendible) entre los investigadores, que persiste desde hace décadas (97). La información recogida durante la investigación solo es útil si el diseño de la investigación es sólido y sigue el protocolo de investigación.

Seguir cuidadosamente los procedimientos y técnicas descritos en el protocolo de investigación aumentará las posibilidades de que los resultados de la investigación sean precisos y significativos para los demás y, además, que puedan ser replicados por otros investigadores. Cuanto más a menudo se reproduzcan los resultados, más probable será que los investigadores y el público acepten estos hallazgos como ciertos.

Una herramienta muy importante en la investigación médica es la Estadística, disciplina científica matemática que desarrolla métodos, técnicas y procedimientos, para sistematizar, ordenar, presentar y emplear la información cuantitativa de las investigaciones, para poder aportar soluciones prácticas en situaciones de incertidumbre. Cuando esta área del saber se aplica a las ciencias de la vida (relacionadas con la biología) y las ciencias de la salud, se denomina bioestadística (98).

La bioestadística es el área de la estadística que sirve como herramienta de apoyo a las ciencias biológicas en sus procesos de investigación sobre problemas relacionados con los seres vivos. Dicho de otra manera, es la rama de la estadística puesta al servicio de las ciencias biológicas. La bioestadística ha contribuido a aportar soluciones a asuntos metodológicos de la organización misma del conocimiento en subdisciplinas tales como la epidemiología, el estudio de las historias clínica y otras ramificaciones de las ciencias de la salud. Otro apoyo que brinda la bioestadística se refiere a la delimitación de los problemas, el esclarecimiento de los problemas y los objetivos, así como fijar los procedimientos válidos para organizar los datos obtenidos, con el fin de realizar inferencias apropiadas para el debido análisis y pronóstico de las situaciones estudiadas (98).

Al generalizarse el uso de las tecnologías digitales de procesamiento de información y comunicación, la bioestadística ha desplegado nuevas potencialidades de intercambio de experiencias y conocimientos para el desarrollo de los diagnósticos y los tratamientos de diversos casos clínicos de muchas enfermedades. Al abrir posibilidades novedosas para la atención a distancia, la prescripción de tratamientos y la formación de los profesionales de las ciencias de la salud, las tecnologías digitales han transformado las estrategias docentes y el almacenamiento y comunicación de la información científica, cambiando la relación médico-paciente, gracias a la disposición de los informes, el acceso a nuevas evidencias científicas que significan variaciones importantes de las prácticas médicas.

Dentro de una concepción epistemológica positivista moderna, el nivel de científicidad de un campo de saber tiene que ver con su matematización (99). La Estadística y la Bioestadística ha fortalecido esa tendencia al aportar axiomas y principios de orden lógico, que debieran ser aplicados adaptándose a las características específicas de cada disciplina científica.

La bioestadística es una herramienta poderosa de los métodos de observación empírica descriptiva y experimental, para desarrollar análisis de la variabilidad observable y medirla adecuadamente y valorar si los cambios observables son atribuibles a la variación natural o aleatoria o bien a la presencia de factores externos que influyen lo suficiente para hacer evidente la una modificación de la misma (100).

Los objetivos de la bioestadística son a) medir la variabilidad de los sucesos biológicos, b) definir cuándo varios resultados están lo suficientemente lejos unos de los otros más allá de la variabilidad aleatoria, c) detectar las posibles fuentes de variabilidad atribuible, y d) efectuar estos razonamientos en términos de probabilidad (101)

La bioestadística se ha aplicado en la ciencias de la salud como instrumental básico de la metodología específica de la investigación en el campo y, como tal, le brinda una estructura rigurosa a la epidemiología y, en general, a todo procesamiento de la información originada en las historias clínicas, además de la procedente de la evidencia científica de la atención, diagnóstico y tratamiento de dolencias específicas.

Estudios colaborativos interdisciplinarios

La complejidad es una forma de pensamiento científico y un planteamiento epistemológico surgido como respuesta para abordar los problemas globales que agobian al mundo actual, como la crisis climática, las grandes

migraciones, los “sistemas mundos” en períodos históricos de largo plazo, que estructuran lo económico, social y cultural, entre otros muchos campos de indagación científica (11). En lo que se refiere a las ciencias de la salud, la experiencia de los equipos interdisciplinarios y la colaboración necesaria entre disciplinas hasta hace poco diferenciadas, han exigido la elaboración y puesta en práctica de programas interdisciplinarios de enseñanza con el objetivo de alcanzar un nuevo tipo de pensamiento y la formación de un profesional de salud comprometido con la reconstrucción social (102).

La noción actual de salud parte del reconocimiento de la complejidad de la realidad, es decir, del hecho de que ella tiene que ver con la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos. La salud es la síntesis de múltiples determinaciones, la intrincada vinculación de una gran multiplicidad de procesos, desde procesos biológicos, llegando a las relaciones sociales, la política y la economía internacional. Todos esos procesos, complejos de por sí, se imbrican estrechamente unos con otros, por lo que la salud depende en último término de la capacidad de controlar la interacción entre el medio físico, el espiritual, el biológico y el económico y social. Es por ello que la salud es un fenómeno social que sólo puede ser explicado teniendo en cuenta que se trata de una estructura de alto grado de complejidad como son los hechos humanos donde entra en acción una elevada cantidad de variables con fuerte interacción entre ellas (103).

La definición de salud de la OMS tiene como ventaja específica la superación del enfoque asistencialista sanitario predominante en la mayor cantidad de las naciones, la cual tenía un enfoque negativo, es decir, se entendía la salud simplemente como la ausencia de enfermedad o lesión. Con la reconceptualización lograda por la OMS, cristalizó la preocupación generalizada de considerar a la salud como mucho más que una simple colección de negaciones, el estado de no padecer ninguna situación indeseable concreta (104).

Otro rasgo importante del concepto de la OMS es que es holística, pues tiene un punto de vista de la totalidad estructurada, además de progresista, pues trasciende al fenómeno meramente somático y psicológico, para considerar otros elementos, como las relaciones sociales y culturales, en sus diversas dimensiones, hasta lograr una perspectiva que intenta captar el carácter complejo de la realidad, que exige que sea abordado a través de la interdisciplinariedad, de la concurrencia de diversas disciplinas que interactúen y se integren entre sí.

También se deja atrás el paradigma biologicista que consideraba a la salud como exclusivamente individual a partir de la revolución de la microbiología, lo cual reforzó la hegemonía del enfoque curativista de la medicina. Esta sería una de las vías para enmendar uno de los dramas de la medicina contemporánea que “siendo básicamente biológica, ignora la etiología no-biológica de muchas enfermedades y su correspondiente terapéutica, igualmente no biológica (105)

De esta manera, con esta redefinición la salud se entiende como una totalidad o sistema global, que incluye aspectos físicos, biológicos, sociales, económicos y políticos (1). Ya la salud no debe ser considerada como un hecho exclusivamente médico, sino una problemática que atañe a todos los actores de la sociedad, especialmente las políticas de salud que apliquen los Estados.

La definición de salud de la OMS, aunque admite enriquecimientos teóricos, sigue vigente ya que se sitúa en una perspectiva post-positivista y holística que integra múltiples aspectos, lo cual se contrapone al reduccionismo positivista o biologicista que tiende a fragmentar, separar y aislar los conocimientos de las distintas disciplinas. Un aspecto fundamental del concepto de salud de la OMS son sus consecuencias normativas, así como su carácter institucional, lo cual implica que es la premisa para el diseño de múltiples programas, proyectos y políticas de salud a nivel global y mundial.

También hay que resaltar la dimensión deontológica de la definición de la salud, la cual se refiere al “debe ser” de consecuencias éticas y legales, lo cual le da mucha utilidad para estudiar una realidad compleja, necesitada de abordajes interdisciplinarios, pese a las críticas relativas a algunos inconvenientes epistemológicos que algunos científicos han presentado, pero que no la cuestionan en su vigencia general.

Obviamente, la definición comprende mucho más de lo que usualmente se entiende por salud, por lo que se ha generalizado otros conceptos como el del proceso salud-enfermedad para referirse a lo asociado a un binomio inseparable y pertinente porque no se puede hablar de salud y enfermedad en forma absoluta, dado que son nociones que se ubican dentro de una escala gradual, apareciendo el calificativo de sano o enfermo para un individuo o grupo con fines prácticos ante una determinada situación o relación social.

Estudios enfocados en la diversidad cultural y su impacto en la salud

El diseño de una investigación abarca, desde su inicio, aspectos teóricos y metodológicos, además de plantear y construir un problema de investigación en el interjuego de la elaboración del marco teórico y la revisión de la literatura académica. Pero en la actualidad hay que darle relevancia a la dimensión ética de toda investigación a partir del momento inicial y central del diseño mismo de la investigación, imbricada con los aspectos metodológicos, en la construcción del problema de investigación.

Esto se debe a que hay que considerar, de arrancada, la cuestión clásica de la Bioética acerca de si todo lo técnicamente posible, es éticamente aceptable, lo cual significa que si bien conceptual y metodológicamente se pueda realizar una investigación en torno a un determinado problema de investigación, no implica necesariamente que sea éticamente aceptable (106).

Retomar la pregunta fundamental de la Bioética en la investigación científica, acerca de si todo lo técnicamente posible es éticamente aceptable, implica también colocar como lo central de la actividad científica el respeto de la dignidad de las personas, su bienestar y sus derechos. Pero también hay que considerar el principio del respeto de la diversidad cultural y del pluralismo, para lo cual es clave el aporte de la Antropología para poder comprender con profundidad qué implica el respeto por la diversidad cultural, y qué no, y así pensar y reconocer la diferencia entre: el respeto por diferentes formas de entender y significar la vida y sus procesos que cada cultura tiene, lo cual viene dado por un necesario relativismo cultural.

Al identificar y reconocer las desigualdades sociales en el proceso de la construcción del problema de investigación se puede remodelar el problema y/o tomar todos los recaudos y protecciones posibles para no incurrir en la reproducción de desigualdades con nuestras investigaciones y generar una capa extra de vulnerabilidad para ciertas poblaciones. Toda investigación científica debe tener, como fin último, reconocer y respetar la dignidad intrínseca de cada persona y su bienestar.

Impacto de la inteligencia artificial y el big data en la investigación médica

Estamos en presencia de una revolución tecnológica sin precedentes. Las tecnologías digitales se han convertido en una herramienta fundamental para mejorar la eficiencia y la calidad de los procesos, la productividad y la satisfacción de las personas en prácticamente todos los ámbitos de actividad

humana. Esto ocurre también en el campo de la salud y se hace evidente en la difusión de experiencias exitosas de la telemedicina, especialmente notable durante la emergencia sanitaria de 2020 y 2021 con motivo de la pandemia COVID 19.

Hoy la necesidad de datos estructurados y fiables para gestionar nuestros recursos sanitarios, puede ser satisfecha gracias a la digitalización. Tecnologías como el Big Data que procesa grandes masas de datos, junto a innovaciones como la Inteligencia Artificial (IA), el Internet de las Cosas (IOT), blockchain, 5G y las infraestructuras de Cloud Híbrida están revolucionando todas las actividades. La Inteligencia Artificial ya se ha hecho una presencia cotidiana en nuestra sociedad, en la medida en que se tecnifica, a nivel individuo como a nivel organizacional, donde la capacidad de aplicar inteligencia a las máquinas ha surgido como el principal disruptor de la sociedad global (107).

Innovación farmacológica y biotecnología

Dentro de la revolución científica tecnológica que presenciamos, la biotecnología constituye un sector en crecimiento continuo y explosivo, como lo demuestran los numerosos productos de sus técnicas disponibles en el mercado, protegidos por patente. En este sentido, el mecanismo legal de las patentes son un incentivo y un estímulo eficaz para el desarrollo científico y tecnológico, lo cual permite la competitividad de los productos de la biotecnología con proyección global.

En la actualidad, la biotecnología hace referencia al área de conocimiento que, con un carácter multidisciplinar, trabaja en la identificación y el tratamiento de la materia viva para obtener desarrollos y aplicaciones que aporten resultados efectivos con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los seres humanos. Y de ello se deben reconocer las funciones derivadas de esta ciencia como, por ejemplo, sanitaria, terapéutica, o robótica entre otros (108).

Las invenciones biotecnológicas deben reunir tres características claves: la novedad, la actividad inventiva y la aplicación industrial, siempre y cuando no violenten las prohibiciones legales ni excepciones de la legislación de cada país. Actualmente dentro de las patentes biotecnológicas han adquirido especial importancia aquellas dirigidas a los fármacos biotecnológicos, en concreto los que derivan de la técnica de ADN recombinante. Este tipo de medicamentos, como los anticuerpos monoclonales, han permitido responder a enfermedades de forma más concreta, actuando en una diana celular o vía de señalización concreta (109).

Los fármacos biológicos son moléculas de gran tamaño formadas por proteínas que son producidas por organismos vivos o sus extractos (células, tejidos, fluidos, etc.). Procedimientos biotecnológicos como el ADN recombinante o procesos de hibridación, se pueden utilizar para producir el principio activo de diversos fármacos (110), los cuales tienen mucha similitud con las proteínas generadas por el organismo, lo cual consigue alterar, frenar o prevenir el curso de una enfermedad actuando sobre un mecanismo muy concreto de una célula o sistema (110).

Los fármacos biológicos son de muchos tipos, comprendiendo, desde hormonas, anticuerpos monoclonales, proteínas hematológicas, proteínas inmunomoduladores y/o vacunas. Todos ellos disponen de unas características y propiedades ligadas a su proceso de producción muy distinto de los fármacos de síntesis química. Las principales diferencias entre los fármacos tradicionales y los biofármacos, se recogen en la siguiente tabla.

Tabla 3.

Comparación de las características de fármacos de síntesis químicas y biofármacos o medicamentos biológicos.

	FÁRMACOS TRADICIONALES	BIOFÁRMACOS
Composición	Compuestos orgánicos sintéticos	Hormonas, enzimas u otras proteínas y/o anticuerpos
Peso molecular	< 700 Da	700-150000 Da
Producción	Síntesis química	Mediante células (bacteria, levadura o mamífero)
Especificidad	Tiende a la baja	Muy alta o alta
Mecanismo de acción	Se une a la diana extracelular para antagonizar, agonizar una actividad	Se une a una diana extra/intracelular para sustituir una actividad perdida o disminuida de sus proteínas copia.

Fuente (109)

La creación de medicamentos biotecnológicos y biofarmacéuticos, posible gracias a la tecnología del ADN recombinante, se ha visto enormemente favorecida por la ingeniería genética y el Proyecto Genoma Humano (110). Este método ha permitido modificar varios compuestos para aumentar su estabilidad o actividad cuando se utilizan como medicamentos. Esta categoría incluye los anticuerpos monoclonales, que actualmente se consideran la clase más popular de medicamentos biotecnológicos, y las proteínas recombinantes como la insulina glargina y el polietilenglicol, que se fabrican para unirse a otras sustancias.

El tratamiento de varias enfermedades graves para las que existían pocas opciones terapéuticas disponibles se ha transformado por completo gracias a los medicamentos biotecnológicos, a menudo conocidos como biofármacos. El impacto de la implementación de nuevos medicamentos, en particular la innovación farmacológica, que se centra en el cáncer y estos medicamentos biológicos, representa el 70 % del aumento del coste sanitario. También es indiscutible que el proceso de producción es costoso y que se gasta una cantidad significativa de dinero en investigación y desarrollo.

Al mismo tiempo, se crearon biofármacos de segunda generación con modos de acción potencialmente infinitos, más conocidos como anticuerpos monoclonales. Los anticuerpos monoclonales, como Humira® (adalimumab), Keytruda® (pembrolizumab) y Herceptin® (trastuzumab), son ahora los medicamentos más vendidos y todos ellos están protegidos por patentes. (111). (110)

El crecimiento del sector biotecnológico se basa en la innovación. Para ello, es fundamental que los países inviertan en investigación y desarrollo (I+D) y cuenten con sistemas que ayuden a que la biotecnología pase del aula al mercado. En la actualidad, los sectores gubernamental, empresarial y académico son las principales fuerzas impulsoras de la I+D en biotecnología. En términos de gasto en I+D en el sector biotecnológico, los países latinoamericanos se encuentran muy por detrás. Según los datos, el único país que invirtió en I+D en este campo en 2011 fue México, que ocupó el puesto 23.

Tabla 4.

Inversión en I + D en Biotecnología en el sector empresarial y público, países de la OCDE.

País	Sector Privado		Sector Público		
	Millones de \$	Año	País	Millones de \$	Año
EEUU	26823	2012	Alemania	6764	2012
Francia	3278	2012	Corea	2528	2013
Suiza	2560	2012	Rusia	1456	2013
Corea	1354	2013	España	1357	2013
Japón	1230	2010	Italia	274	2012
Alemania	1202	2014	Noruega	260	2013
Dinamarca	1082	2013	República checa	258	2013
España	757	2013	Polonia	227	2013
Belgica	661	2011	Sudáfrica	123	2009
...					
México	93.9	2011			

Fuente (112)

SALUD INTEGRAL:

uniendo profesiones, salvando vidas

Capítulo 7

Educación y Formación en Salud
Integral

AUTORES: Cristian Paúl Rivilla Quijia; Joselyn Fernanda Garcés Toledo;
Valeria Elizabeth Astudillo Cuenca; Jazmín Beatriz Anzules Guerra



Formación universitaria en salud interdisciplinaria

En la actualidad, debido a la complejidad y a los múltiples aspectos de los problemas sanitarios, es fundamental que se reciba formación universitaria interdisciplinaria en salud. La interdisciplinariedad defiende que la realidad tiene múltiples dimensiones y que para entender cualquier suceso humano es necesario tomar en cuenta diversos elementos que se interrelacionan de manera continua. El empleo de diferentes enfoques le permitirá entender un tema con más exactitud, porque la selectividad de los puntos de vista analíticos empleados puede generar distorsiones o lagunas en los resultados (113).

La interdisciplinariedad es un horizonte que no se puede alcanzar de inmediato y por completo, ya que su función es, ante todo, señalar una dirección en la innovación científica (114). Existen varias definiciones para esta idea, pero se puede resumir como el debate y la cooperación entre diferentes campos con el fin de generar nuevos conocimientos (115). Se puede describir como un esfuerzo exploratorio y convergente entre distintas disciplinas que busca obtener “conocimientos compartidos” sobre un tema de investigación novedoso, distinto a lo que se ha definido previamente de forma multidisciplinar o específica de una sola disciplina (116). Los dos tipos principales de interdisciplinariedad son: la creación de un nuevo objeto teórico entre dos ciencias ya existentes, o la utilización de componentes teóricos provenientes de distintas disciplinas para el mismo objeto práctico.

En cualquier caso, se pueden identificar dos formas de emplear la interdisciplinariedad en el diseño y ejecución de una investigación o un programa educativo. Una ocurre cuando se pide apoyo e información de varias disciplinas para tratar un problema, asunto o circunstancia sin que la interacción cambie o mejore la situación. La otra definición de interdisciplinariedad describe un nivel de integración entre disciplinas en el que las interacciones auténticas—o sea, la verdadera reciprocidad en los intercambios y, por lo tanto, el enriquecimiento mutuo—son parte de la colaboración entre disciplinas (11).

El enriquecimiento entre disciplinas se refiere a un cambio en las técnicas empleadas para abordar un tema específico, ya sea abstracto o concreto, en vez de ser una mera suma o adición. Como consecuencia, cambian las estrategias de enseñanza, las ideas y los métodos de investigación.

La transdisciplinariedad es un nivel más avanzado de integración disciplinar, en el cual se crean sistemas teóricos integrales (macrodisciplinas o transdisciplinas) que no tienen límites estrictos entre las disciplinas, sino que se fundamentan en objetivos comunes y una homogeneización cultural y epis-

temológica. Esto supone un beneficio para abordar y gestionar los problemas de salud, ya que es poco frecuente que una única disciplina pueda tratar, desde el diagnóstico hasta la gestión de crisis sanitarias y el tratamiento de enfermedades crónicas, estos temas con efectividad. Para abordar la realidad, se requiere una perspectiva más amplia que incluya tanto la experiencia médica como el dominio de enfermería, nutrición, psicología, fisioterapia, salud pública y ingeniería sanitaria. La interdisciplinariedad permite una visión multifacética que no se puede obtener mediante la fragmentación del conocimiento convencional.

La cooperación y la integración de conocimientos especializados provenientes de otros ámbitos optimizan los beneficios y generan resultados más exhaustivos y eficaces que los que se podrían alcanzar trabajando de manera individual. De esta manera, se superan las los enfoques unilaterales y se hace posible investigaciones más completas, con innovaciones en los métodos para resolver los problemas.

Los profesionales con formación interdisciplinaria tienen mayor capacidad para reconocer, examinar y resolver problemas novedosos a los que no se habían enfrentado previamente, además de poder tratar asuntos que van más allá de las fronteras de una profesión específica. Para entender y encarar los determinantes sociales de la salud, así como para respaldar y dirigir programas de promoción de la salud y de higiene y saneamiento, son indispensables tanto la interdisciplinariedad como la interseccionalidad en modelos de atención como el APS.

La interdisciplinariedad en la educación superior busca eliminar la fragmentación del saber, al ir más allá de las aulas basadas en áreas temáticas y promover un ambiente de aprendizaje colaborativo. La información académica tiene que convertirse en capacidades para trabajar en grupo, comunicarse y pensar de manera crítica, cumpliendo con los estándares de rendimiento social. Debido a lo compleja que es la sociedad contemporánea, se requieren expertos que sean capaces de entender las distintas expresiones de la realidad (por ejemplo, la pobreza y su repercusión en la salud) y actuar con un sentido más elevado de responsabilidad social.

La interdisciplinariedad se puede entender como una respuesta a la desviación sufrida por los sistemas de enseñanza al caer en el engaño de la fragmentación y la descalificación de las tareas. La desconexión y la descontextualización de los programas educativos de las experiencias de vida de los alumnos provocó que las materias se separaran entre sí, lo que no favorecía

ni fomentaba el entendimiento y la evolución de las conexiones entre ellas, ni entre lo que se daba en el salón de clases y la realidad.

Se promueve la interdisciplinariedad como un medio para adquirir conocimiento aplicado, en respuesta a las teorías educativas actuales que subrayan la importancia del conocimiento práctico —que hace posible que las personas resuelvan problemas complejos, actúen con flexibilidad y competitividad en el mundo de la experiencia y empleen lo aprendido en diferentes contextos—, dado que el conocimiento se vuelve incomprensible, fragmentado y abstracto.

De acuerdo con las normas médicas actuales, se deben hacer más esfuerzos para educar a la población en temas sanitarios. Esto exige un trabajo arduo en términos de prevención y fomento de la salud, ya sea en las casas, las comunidades o los organismos de salud pública. Se considera que la promoción de la salud brinda a los individuos los instrumentos que requieren para vivir de una manera más sana y mejorar su estado de salud. Es un procedimiento enfocado en aumentar las capacidades y habilidades de las personas, así como en modificar sus condiciones sociales, económicas y ambientales, además de tener mayor influencia sobre los elementos que impactan la salud. Además, tiene una relación con la prevención y las medidas que se llevan a cabo en sus distintos niveles. (117)

Por otra parte, la prevención sanitaria considera una serie de acciones que buscan prevenir enfermedades (sean contagiosas o no) y minimizar los daños y las discapacidades que estas pueden producir en personas, familias, comunidades y medio ambiente. La educación basada en competencias es un enfoque muy utilizado por los profesionales universitarios en la era moderna. Esta estrategia contribuye a perfeccionar la formación profesional al ser más creativa, integradora y flexible.

Desde una perspectiva de desarrollo social humano, la formación integral del profesional universitario basada en competencias, debe combinar la esfera cognitiva instrumental y afectiva-volitiva conductual de la personalidad. (118). De acuerdo con escritores recientes, el término “competencia” se emplea actualmente de manera habitual en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la mayor variedad posible de cursos y disciplinas en la educación superior. Para fomentar habilidades de trabajo intersectoriales y un entendimiento biopsicosocial del proceso de salud-enfermedad, los futuros profesionales médicos deben ser expuestos a diferentes áreas de práctica durante su formación, en especial la práctica familiar y comunitaria (119).

Para que puedan adquirir nuevos conocimientos y adaptarse a la sociedad, el entorno actual requiere profesionales con una sólida cultura humanística y un profundo conocimiento de los procesos culturales en su contexto histórico. Esto tiene que ver con la filosofía de la educación avanzada, que se fundamenta en normas culturales. La inclusión de la historia, el arte y la medicina en la educación de las especialidades médicas contribuye a formar un profesional sanitario más integral y con una formación cultural más sólida (120).

Enfoques tradicionales VS innovadores en la enseñanza de la salud

Pueden establecerse ciertas diferencias esenciales entre los enfoques tradicionales de la formación profesional en el campo de la salud, en contraste con los enfoques innovadores contemporáneos, como se ilustra en la tabla siguiente:

Tabla 5.

Enfoques tradicionales en comparación con enfoques actuales de la formación en salud.

Aspecto	Enfoques Tradicionales	Enfoques Innovadores (Contemporáneos)
Rol Principal	Profesor/Docente (Transmisor de información)	Estudiante/Participante (Constructor de su propio aprendizaje)
Objetivo Central	Adquisición y memorización de contenidos teóricos (información estática).	Desarrollo de habilidades, pensamiento crítico y resolución de problemas (conocimiento dinámico y aplicable).
Metodología	Clase magistral o demostrativa, lectura y resumen (método unidireccional).	Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), Aula Invertida (Flipped Classroom), simulación, aprendizaje colaborativo.
Contenido	Se enfoca en el “saber” (datos, conceptos, hechos) de forma aislada.	Integra el “saber”, el “hacer” (habilidades) y el “ser” (actitudes, valores, ética).
Evaluación	Exámenes estandarizados centrados en la reproducción de información (calificación numérica).	Evaluación formativa, portafolios, proyectos, evaluación de competencias y desempeño práctico.
Enfoque del Aprendizaje	Pasivo y receptivo. El conocimiento es lineal y jerárquico.	Activo, reflexivo y autodirigido. El aprendizaje es un proceso de construcción colectiva.
Uso de Tecnología	Limitado o inexistente; se utiliza como soporte a la clase presencial (p. ej., proyector).	Uso intensivo para personalización, acceso a recursos digitales (e-learning, simuladores) y colaboración virtual.

Aspecto	Enfoques Tradicionales	Enfoques Innovadores (Contemporáneos)
Contexto	Desconectado de la realidad profesional o social; teórico.	Basado en casos reales o simulados que reflejan la práctica clínica o los determinantes de la salud comunitarios.

Fuente adaptado de IA (2025)

La tabla muestra que, al empoderar a los alumnos para que se responsabilicen de su educación y se conviertan de consumidores pasivos de información en participantes activos de su propio proceso de aprendizaje, las estrategias innovadoras ayudan eficazmente a cerrar la brecha entre la teoría y la práctica. Asimismo, en el campo de la medicina es esencial la habilidad para evaluar, sintetizar y aplicar información en situaciones complejas, lo cual se ve fomentado por los métodos contemporáneos. Asimismo, fomentan la colaboración y la interacción social (entre pares y con la comunidad), elementos que son esenciales en el actual panorama de salud.

Capacitación continua y actualización profesional

La actualización de la capacitación se ha convertido en una exigencia para todos los profesionales desde hace tiempo, debido a que las transformaciones son profundas y rápidas, no solamente en el campo tecnológico, sino también en las teorías y saberes que sustentan la práctica de distintas disciplinas. Este mandato tiene mayor relevancia en el contexto actual, cuando se producen cambios significativos a todos los niveles: desde lo técnico hasta lo conceptual, pasando por las realidades sociales, políticas e institucionales.

Estamos siendo testigos de una revolución tecnológica y científica que demanda la modificación de todas las actividades, en particular la formación profesional y la educación. Esto ha llevado a las universidades a desarrollar nuevos programas de posgrado y también cursos específicos de actualización en áreas limitadas o requeridas por las emergencias que han surgido. Aparte de adquirir habilidades, capacidades y saberes en el área digital o tecnológica, debido al crecimiento y expansión de innovaciones, se requiere fomentar una educación integral que abarque la profundización ética, la reflexión teórica y conceptual, las competencias comunicativas y la capacidad investigativa; esto implica participar en el debate epistemológico (121).

Los efectos beneficiosos de las tecnologías emergentes en el sector de la salud son innegables. El acceso a zonas alejadas, la velocidad y el progreso en los diagnósticos y en el seguimiento de los tratamientos son algunas de las ventajas y avances que deben tenerse en cuenta. La telemedicina lo hace

posible, especialmente en áreas rurales o cuando la movilidad es restringida. La gestión de los registros electrónicos de salud y la posibilidad de acceder a las evidencias por medio de Internet establecen nuevas condiciones para el ejercicio profesional. No obstante, al mismo tiempo aparecen nuevos retos, como superar la desigualdad tecnológica y social, así como la necesidad de contar con competencias más amplias y mejores para llevar a cabo innovaciones relevantes (122).

Las entidades de Educación Superior tienen la responsabilidad de satisfacer las exigencias de actualización profesional, a través del diseño y la oferta de programas que, en un lado, fortalezcan la especialización y el aumento de conocimientos en el área sanitaria; y por otro lado, fomenten el diálogo y cooperación entre las profesiones sanitarias y otros campos del conocimiento. Esto con la perspectiva transdisciplinaria, que permite abordar los retos cada vez más complejos y globales, como lo son la crisis climática y ambiental, las migraciones o la diversidad cultural (123).

Además de respaldar, a nivel personal, la disposición para adquirir nuevos conocimientos, esa actualización profesional en el ámbito sanitario debería moldear las políticas de salud pública y no limitarse solo a los programas de las instituciones de educación superior y otros entes públicos y privados. Por lo tanto, los recursos que ofrece la Internet y la tecnología digital son de gran importancia. La actualización profesional, que implica una preparación integral y continua, es un recurso de suma importancia para abordar los retos de brindar una atención de calidad en un contexto médico que cambia constantemente (124).

En esta línea, la elaboración de programas a través de la adquisición y reconocimiento de competencias conlleva el desarrollo profesional de las ciencias de la salud desde una perspectiva holística. Esto se debe a que, más allá de incluir el entendimiento del saber científico, debería fomentar la creación de conocimientos adicionales y preparar para brindar cuidados empáticos y de alta calidad en un contexto médico que está en constante cambio. El profesional de la salud debe ser capacitado y actualizado constantemente, lo cual implica una combinación de conocimientos técnicos, habilidades, actitudes y valores éticos (125).

La epistemología, que es la rama de la filosofía que se encarga de analizar las condiciones de validez del saber científico, sus bases y sus métodos en relación con la ontología (el ser) de sus objetos, así como la consistencia empírica y lógica de los métodos y enunciados científicos, es otro aspecto de

la actualización y capacitación continua del profesional sanitario. La epistemología de las ciencias de la salud tiene un papel crucial en la creación de la práctica y la teoría de la salud, ya que cuestiona el estudio del conocimiento compartido entre los integrantes de esta disciplina, así como los patrones y formas del mismo que se generan a partir de estos. Además, examina los criterios para validar afirmaciones relacionadas con el conocimiento (126).

Tratar la epistemología de la salud supone desarrollar y debatir perspectivas nuevas y valientes que superen el modelo biomédico, introduciendo procedimientos cualitativos y combinándolos con los cuantitativos, que han sido lo más común en la generación de conocimientos en estos campos del saber. Estas innovaciones en la producción de conocimiento están vinculadas a las corrientes filosóficas que se relacionan con el pensamiento dialéctico y crítico, las propuestas feministas y ecológicas, y los nuevos modelos de complejidad, que conectan la salud como fenómeno con sus aspectos culturales, sociales y biológicos.

Debido a que el profesional sanitario ha tenido que desempeñar funciones de gestión y administración en las instituciones de atención médica, los componentes y asuntos fundamentales de la moderna gerencia, como el liderazgo, las relaciones interpersonales, la calidad, el medio ambiente, la investigación, el aprendizaje emocional y la transformación del entorno se vuelven relevantes en su formación. Cada uno de estos elementos es crucial para el progreso y desarrollo de la disciplina enfermera. Además, su análisis desde una perspectiva epistemológica mejora aún más la utilización y entendimiento de la ciencia de enfermería en lo que respecta al cuidado de la salud (127).

La ampliación de las habilidades requeridas a los profesionales requiere un esfuerzo en la reflexión filosófica que sea relevante para adaptarse a los nuevos tiempos y sacar provecho de las oportunidades que brinda la tecnología. La epistemología, al enriquecer la relación entre la teoría y la práctica, se vuelve un elemento clave para el desarrollo constante de la enfermería.

Además, la unión de los avances tecnológicos con el enfoque epistemológico en enfermería transforma la forma en que los profesionales de esta rama se aproximan a su ejercicio. La inteligencia artificial, la incorporación de TIC, el liderazgo, las relaciones interpersonales y la educación se unen para dar forma al futuro del oficio. Los expertos en salud estarán más preparados para ofrecer atención de calidad en un mundo en permanente cambio, si se enfocan en la educación integral y el uso eficaz de las herramientas teóricas y tecnológicas.

Herramientas y plataformas para el aprendizaje colaborativo

La colaboración entre los alumnos permite un aprendizaje más significativo, ya que se pasa de una postura pasiva a la disposición de construir su propio conocimiento mediante la interacción con sus compañeros y profesores. Asimismo, los alumnos pueden autorregularse estableciendo relaciones de respeto y tolerancia, lo que les ayuda a asumir sus responsabilidades como individuos y como ciudadanos. Los maestros que se rigen por las teorías pedagógicas socioconstructivistas, pueden organizar y ejecutar sus actividades utilizando elementos de cooperación, convirtiéndose así en facilitadores del aprendizaje que estructuran el proceso. (128).

La relevancia del aprendizaje cooperativo, que se fundamenta en principios y bases de la psicología social, es resaltada por las investigaciones. Ha quedado demostrado repetidamente que resolver problemas de manera conjunta es mejor que hacerlo en solitario. Dos elementos fundamentales del aprendizaje cooperativo, la unidad de meta y la colaboración para alcanzarla entre los participantes, fueron corroborados por otros estudios en un proceso interactivo.

Los aportes de las teorías del aprendizaje sustentan la relevancia del aprendizaje cooperativo. Jean Piaget, pionero de la teoría cognitiva, formuló la idea de que, conforme los niños experimentan acciones y con el paso del tiempo, su manera de pensar se transforma. Según él, estos procesos mentales tienen un impacto en el comportamiento y el aprendizaje es producto de la intervención activa del individuo en la creación del conocimiento a través de experiencias físicas e intelectuales en un proceso dinámico que ocurre continuamente.

Para fomentar las estructuras intelectuales superiores, la interacción social es fundamental, ya que estimula a nuestro cerebro a buscar nueva información y explicaciones cuando surgen problemas cognitivos que requieren aprendizaje. El enfrentamiento de las variadas perspectivas de los miembros de grupos de alumnos permite reorganizar los aprendizajes, resolver problemas y comprender puntos de vista distintos con más eficacia, lo que da lugar a producciones intelectuales más valiosas.

Vygotsky, precursor de la visión pedagógica sociocultural, centró su atención en el desarrollo humano, que es el resultado de la interrelación entre la maduración orgánica y la historia cultural. Este desarrollo incluye adquirir competencias a través de las cuales se aprende de los conocimientos y vivencias de otros individuos dentro del entorno social donde se desenvuelve

y los diversos grupos con los que interactúa. Esta interacción dialéctica ocurre en la llamada zona de desarrollo próximo, donde el alumno aprende un conjunto diverso de temas vinculados a su nivel de desarrollo. Después, puede abordar otros que solo se pueden entender con la ayuda de un adulto o de un compañero más destacado. Esa interacción por la cual se aprende un día con la ayuda de los otros, prepara al sujeto para que después pueda hacerlo por sí solo.

El lenguaje, en ese proceso, es el instrumento que posibilita la evolución de varias capacidades mentales como la concentración, la memoria y la atención. Allí se establece la importancia de la mediación, que actúa como un "puente" para modificar las estructuras mentales y alcanzar el nuevo conocimiento. El aprendizaje cooperativo, al fomentar la ayuda y el apoyo recíprocos, fortalece el lenguaje y crea ambientes propicios. Por lo tanto, es necesario que exista una interrelación entre las personas y el entorno para que se produzca el aprendizaje.

Ausubel, otro pedagogo teórico, determinó que el aprendizaje se produce cuando la información nueva se vincula con un elemento que ya está presente en la estructura cognitiva de un individuo. Por lo tanto, el aprendiz solo considera significativo el material que se desea enseñar cuando puede otorgarle significado a un contenido. Así, el aprendizaje se construye siempre que lo que se aprende sea relevante, a través de su conexión con el ambiente, la cultura y el entorno del alumno. Solo de este modo, se podrá despertar el interés; en otras palabras, será importante para el alumno, tendrá sentido y no se le olvidará con facilidad.

Considerando estas ideas pedagógicas, se comprende que el aprendizaje cooperativo fomenta los aprendizajes significativos al propiciar interacciones en las que se pueden vincular los conocimientos previos con los nuevos adquiridos de sus compañeros. Esto permite procesar y entender mejor la información, lo cual genera satisfacción e interés por aprender, así como nuevas tácticas de aprendizaje en un ambiente laboral positivo que el docente tiene que estimular para lograr la participación activa del alumnado. En el mundo globalizado en el que nos encontramos, la educación necesita fomentar prácticas que incentiven la convivencia entre personas con distintas habilidades y rasgos académicos o socioculturales. En este contexto, las estrategias pedagógicas que impulsan el aprendizaje colaborativo desde una edad temprana contribuyen a la formación integral de los alumnos.

El aprendizaje cooperativo es una táctica pedagógica que posibilita satisfacer las necesidades de la gente, instruyendo a los alumnos para que trabajen juntos y de manera ordenada, en pequeños grupos mixtos con el fin de llevar a cabo actividades académicas. Este método se enfoca en el aprendizaje indivi-

dual mediante reflexiones que eliminan elementos individuales y competitivos, lo que permite un ejercicio donde se mejora tanto el aprendizaje personal como el del grupo. Esta estructura de organización posibilita que los alumnos comprendan que tienen la capacidad de aprender y alcanzar sus metas si sus compañeros también lo hacen.

En este marco, el aprendizaje se define como el proceso mediante el cual se incorpora una información y se nota una variación en la conducta. Para que ocurra y tenga un impacto real, es necesario tener en cuenta la necesidad de aprender, la motivación, la preparación para el aprendizaje, entre otros aspectos, a través de un proceso de construcción tanto individual como colectiva, participando activamente y directamente. El trabajo en equipo con el fin de alcanzar metas comunes que produzcan beneficios individuales y colectivos se conoce como cooperar.

Simulación clínica y su impacto en la práctica profesional

La formación de los profesionales sanitarios por medio de simuladores se ha vuelto una de las técnicas más relevantes para el desarrollo de habilidades en los alumnos de medicina. Se refiere a la digitalización de la educación con el fin de formar profesionales autónomos y críticos, capaces de mostrar habilidades específicas y transversales en su práctica, las cuales se evalúan continuamente en su relación con cada paciente.

Los planes de estudio tienen un elemento fijo y otro flexible que posibilitan el desarrollo del potencial de cada alumno mediante la simulación, con casos clínicos en el contexto de la docencia, el servicio y el trabajo interdisciplinario. Desde la óptica del docente, la innovación y el cambio constante del entorno suponen un proyecto que progres a pasos agigantados (129).

En la simulación se la utiliza en una variedad de situaciones clínicas entre las que se encuentran:

1. La enseñanza de la semiología.
2. Los cursos de reanimación, soporte vital cardíaco y trauma.
3. La enseñanza de situaciones inusuales en anestesia, medicina interna, obstetricia y cuidado crítico.
4. El entrenamiento quirúrgico, como una alternativa a los pacientes reales y para adquirir destrezas no técnicas como el trabajo en equipo y la respuesta ante crisis o emergencias.
5. La enseñanza de procedimientos mínimamente invasivos.

6. La enseñanza de procedimientos que conllevan riesgos mayores.

La simulación se caracteriza, principalmente, por ser inmaterial. Esto se debe a que la información es su materia prima y a que permite crear mensajes sin la necesidad de referentes externos. Se produce y se procesa información, lo que hace más fácil su acceso en un tiempo breve. Además, se distingue por ser interactivo debido a la transmisión instantánea de información.

Además, la capacitación a través de simulaciones promueve la autonomía, ya que permite determinar el orden de los datos a seguir, así como el ritmo, volumen y profundidad de la información requerida. El profesor o el creador del programa pueden establecer los límites. La digitalización de la información, que hace posible y simplifica su distribución, es lo que ha permitido las características anteriores (130)

SALUD INTEGRAL:

uniendo profesiones, salvando vidas

Capítulo 8

Retos y Futuro de la Salud Integral

AUTORES: José Manuel Piguave Reyes; María Jaritza Espinoza Macías;
Velky Viagnette Vera Vélez; Shirley Rosario Ponce Merino



Superando barreras culturales en la atención médica y colaboración interprofesional

La Atención Primaria de Salud (APS) consiste en la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y comunidades. El robustecimiento de las habilidades del equipo de APS es uno de los retos que enfrenta la APS renovada. Las competencias son las aptitudes, actitudes y saberes que se revelan al llevar a cabo una tarea y están asociadas con el desempeño eficaz de la misma.

La población indígena es uno de los colectivos vulnerables que se ha visto afectado por la ausencia de habilidades apropiadas para enfrentar sus problemas sanitarios. Por lo tanto, resulta esencial saber cuáles son las competencias que estas comunidades consideran relevantes para poder entrenar a los trabajadores sanitarios de acuerdo con estos descubrimientos. Las competencias son componentes esenciales de los equipos de atención primaria en salud, especialmente cuando se trata de abordar los problemas sanitarios de las comunidades indígenas, ya que facilitan una mayor aceptación por parte de estas (131).

Las Naciones Unidas definen como "comunidades, pueblos y naciones indígenas" a aquellos que, debido a su continuidad histórica con las sociedades precoloniales e invasoras que habitaron sus territorios, se ven como diferentes de otros segmentos de la sociedad actual que dominan esos mismos territorios o partes de ellos. Hoy en día, representan sectores no predominantes de la sociedad y están decididos a conservar, evolucionar y legar a las generaciones venideras sus territorios ancestrales y su identidad étnica como fundamento de su continuidad como pueblos, siguiendo sus propios modelos culturales, sus instituciones sociales y sus sistemas jurídicos (132).

Según el Banco Mundial, hay aproximadamente 370 millones de indígenas en más de 90 países, esto quiere decir que representan el 5% de la población mundial; sin embargo, el 15% de los pueblos indígenas viven en extrema pobreza (133).

Las barreras culturales, como la discriminación, el miedo, la desconfianza y la lengua, son algunos de los obstáculos que se han identificado en los escritos y que impiden una relación apropiada entre el personal sanitario y las comunidades indígenas. Se descubrió en una investigación hecha en las áreas rurales de Huánuco, que la gente aprecia que el médico esté al tanto de la diversidad de plantas medicinales locales y que las incorpore a los tratamientos (134).

Por otro lado, los habitantes notaron cierta discriminación por parte del personal de salud, lo que genera un resentimiento en el paciente o sus familiares, así como una atención deficiente e insuficiente que no satisface las necesidades de la población. Asimismo, expresaron su anhelo de que el personal sanitario hable el idioma quechua (135). La población indígena también destacó que la falta de conocimiento sobre los usos y costumbres de la etnia y el idioma es un obstáculo cultural. El personal de enfermería y odontología también incorporó las prácticas tradicionales en el modelo institucional de atención. Esto posibilitó que los vínculos entre gestantes y el sistema sanitario se robustecieran, mientras que la plantilla médica las creía perjudiciales para la salud del paciente (136).

Se ha visto que con el pasar del tiempo las competencias más importantes para la población indígena y para los trabajadores de la salud que interactúan con ella han ido variando. Durante el lapso de 2010 a 2014, las capacidades más destacadas fueron la formación cultural, los conocimientos acerca de la comunidad indígena y las habilidades comunicativas. Desde el 2015 hasta la fecha, se han integrado ideas como la empatía, la dedicación de tiempo en las consultas, la atención enfocada en las demandas culturales y contextuales, la toma de decisiones conjunta y la integración de trabajadores sanitarios indígenas en el equipo de atención primaria. La relevancia del enfoque integral e intercultural, que se ha implementado como un componente fundamental de la atención sanitaria y ha impactado a grupos vulnerables, incluidos los pueblos indígenas, probablemente ha sido la razón por la cual las competencias han progresado en años recientes.

La Organización Panamericana de la Salud propuso hace ya casi una década, avanzar hacia el acceso y la cobertura universal a la salud (137), definiendo algunas líneas estratégicas para materializar dicho propósito (138). Una de ellas tiene que ver con la transformación de los servicios de atención para que sean accesibles, oportunos, resilientes y de alta calidad. Para ello, actualiza lo que se propuso en 2010 sobre las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), las cuales están fundamentadas en la estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS). De esta manera, sus acciones son integrales y enfocadas en los individuos y sus comunidades, sin barreras culturales, financieras o étnicas para su acceso (139). Más recientemente, insta con urgencia a implementar modificaciones al sistema de gestión y atención que permitan ofrecer servicios integrales enfocados en las personas y sus comunidades (140).

Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sugerido que los servicios integrados y centrados en los individuos y las comunidades (SICPyC) son aquellos que se administran y proporcionan de tal forma que las personas reciben servicios sin interrupciones, incluyendo acciones intersectoriales y actividades comunitarias de organización y cambio social. Todo lo anterior de manera coordinada entre las distintas instancias y centros de atención en salud y sociales del sector sanitario, así como más allá de este (intersectorial), incluye: la promoción de la salud, el diagnóstico, la prevención de las enfermedades, el tratamiento y la gestión de estas; además, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

El término SICPC es un concepto que describe la manera de entender y llevar a cabo las acciones sanitarias de forma integral, tomando en cuenta no solo al personal sanitario, sino también a los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como actores principales de sistemas de salud confiables y organizados más por necesidades holísticas que por enfermedades específicas, respetando siempre los gustos culturales y sociales. También exige que individuos, familias y comunidades tengan acceso a la información y orientación necesarias para actuar eficazmente en las causas de los problemas y tomar decisiones.

Para avanzar hacia la integralidad se necesitan cambios en las políticas, en la orientación de los incentivos económicos, en las regulaciones del mercado laboral y, por supuesto, en la manera en que se capacita a los recursos humanos en salud.

Políticas de salud inclusivas para una sociedad diversa

El establecimiento de políticas para la inclusión sanitaria es un procedimiento que apunta a asegurar que todas las personas tengan acceso equitativo a los servicios médicos, prestando particular atención a aquellas que son vulnerables o tienen algún tipo de discapacidad. Esto se relaciona con las tácticas para implementar estas políticas, examinado ejemplos en Latinoamérica y poniendo énfasis en el valor de la cooperación entre sectores, el involucramiento de la comunidad y el enfoque conocido como "salud en todas las políticas" (141)

Un análisis de 26 casos provenientes de 15 naciones en la Región de las Américas, realizado por la OPS/OMS, resaltó cinco ejemplos destacados de cooperación y trabajo entre sectores con el fin de alcanzar objetivos comunes relacionados con la salud. Estos casos evidencian la relevancia de trabajar para lograr una sinergia de políticas y acciones, además de reforzar los métodos de participación.

Brasil es un ejemplo relevante, en el que el Programa Ambientes Verdes y Saludables (PAVS) implementó una perspectiva intersectorial y participativa para tratar las disparidades de salud entre las comunidades involucradas. Este programa se enfocó en trastornos de salud concretos que existen en la población y aumentó el acceso a los servicios de salud. Asimismo, facultó a los líderes comunitarios, a los miembros de la comunidad y a los agentes sanitarios de la comunidad para encontrar soluciones conjuntas a sus dificultades.

El PAVS es un caso de cómo las políticas sanitarias inclusivas pueden ir más allá de solo proporcionar servicios médicos. Al facilitar el acceso a información sobre las causas de los problemas medioambientales en sus territorios y al incorporar principios de pedagogía social crítica, el programa tuvo éxito en mejorar la salud física de los participantes y fomentar la recuperación de la ciudadanía, la autonomía, el cuidado propio y la autoestima.

La Estrategia de Salud Pública 2022 de España brinda otro caso interesante sobre la manera en que las naciones están tratando la inclusión sanitaria a escala nacional. Esta estrategia, pionera en España, crea un marco de coordinación nacional para la salud pública. Su enfoque integrador y transversal, que se basa en el trabajo sobre los determinantes de la salud, la salud en todas las políticas, el enfoque "Una sola salud" y la gobernanza para la salud, es lo que hace que sea particularmente pertinente para el debate acerca de inclusión sanitaria.

Esta perspectiva de "Salud en Todas las Políticas" es fundamental para desmantelar los obstáculos sistémicos que frecuentemente dificultan la inclusión sanitaria real. Esta estrategia tiene como objetivo establecer sinergias entre diversos sectores y políticas para optimizar la salud de la población de una forma más eficaz, al entender que la salud está afectada por un extenso espectro de elementos económicos, ambientales y sociales.

La puesta en marcha de políticas de inclusión sanitaria supone dificultades, y un obstáculo clave es la imperiosa necesidad de transformar maneras de pensar y costumbres que están profundamente arraigadas tanto en los sistemas sanitarios como en la sociedad. Nos referimos a modificaciones en los servicios y la infraestructura, así como a la manera de tratar y percibir a las personas que tienen alguna discapacidad o están en una situación de vulnerabilidad.

La expresión «lenguaje centrado en las personas» es un ejemplo de cómo estos cambios se reflejan incluso en el modo en que discutimos acerca de la salud y la discapacidad. Esta perspectiva destaca la relevancia de ver a una

persona primero y, como algo secundario, su discapacidad o condición. Por ejemplo, se considera más apropiado decir "una persona con discapacidad" en vez de "una persona discapacitada". Si bien puede parecer un cambio sutil, este tipo de lenguaje influye en la forma en que los individuos con discapacidad son percibidos y tratados, tanto dentro del sistema sanitario como en la sociedad en general.

La necesidad de modificar los servicios sanitarios para que sean realmente inclusivos es otro inconveniente. Por ejemplo, se podría mejorar la infraestructura física para que sea más accesible o capacitar al personal sanitario en temas de diversidad e inclusión, lo cual incluso podría incluir la lectura de este artículo. Además, supone el establecimiento de servicios especializados, como la logopedia, para mejorar la calidad de vida de individuos con determinadas discapacidades.

Para poner en práctica políticas de inclusión sanitaria, es necesario además modificar la manera en que se mide y evalúa el éxito de las intervenciones sanitarias. Por ejemplo, se utiliza el concepto de "línea base" o "basal" para medir cómo los servicios y la instrucción afectan las habilidades y capacidades de un individuo. Esta perspectiva posibilita una valoración más exacta y personalizada de los resultados sanitarios, lo cual, a su vez, puede contribuir a mejorar las políticas y prácticas.

El avance de políticas para la inclusión sanitaria es un paso significativo y necesario hacia sistemas de salud más justos y eficaces. Los casos que se examinaron evidencian la relevancia de enfoques intersectoriales, participativos y enfocados en las personas para vencer los obstáculos al acceso a la salud. A pesar de que se han conseguido progresos, persisten dificultades que necesitan un compromiso sostenido y una adaptación permanente de las políticas. La inclusión en el sector sanitario ayuda a la salud de las poblaciones vulnerables, fomenta la cohesión social y colabora con el desarrollo sostenible de las sociedades enteras.

Políticas públicas y cooperación internacional en salud

La cooperación internacional en salud (CIS) se refiere a la colaboración entre países y/o sus instituciones públicas y privadas, destinada a movilizar recursos técnicos a través del intercambio de buenas prácticas, experiencias y saber hacer, así como de materiales y financieros, con la finalidad de lograr metas compartidas en el camino hacia la justicia social y la salud para todos. También se le conoce por los nombres de "asistencia al desarrollo para la salud", "ayuda internacional en salud" y "ayuda global en salud" (142).

La CIS es un componente esencial de la política exterior de una nación y tiene un impacto transversal en su progreso interno. Un aspecto a resaltar con el inicio del nuevo milenio es el rol central que desempeña la salud en las agendas políticas, así como el hecho de que se considere como un elemento clave para lograr un desarrollo sostenible. (143).

En el ámbito de las relaciones internacionales, se ha expandido la percepción de que hay una gran variedad de asuntos sanitarios y sus respectivas repercusiones en la salud que van más allá de las fronteras nacionales y, por lo tanto, necesitan ser abordados a nivel global. Esto ha llevado a un aumento en el número de diplomáticos que participan en el campo sanitario y también al ingreso de más expertos en salud pública al área diplomática (144).

La capacidad del gobierno para aplicar políticas sanitarias, su sistema de salud y de protección social, el tratamiento de los factores sociales que determinan la salud y cómo aplica el enfoque en derechos determinarán la eficacia de la cooperación y su impacto en la salud, sin importar si es bilateral, multilateral, triangular o sur-sur (145).

La creación de la Oficina Internacional Sanitaria el 2 de diciembre de 1902 fue un momento importante para el área de Las Américas. En 1923, esta oficina cambió su nombre por Oficina Sanitaria Panamericana, que es como se conoce hasta hoy en día. Su objetivo es fomentar la colaboración en todo el continente americano para luchar contra las enfermedades, prolongar la vida y favorecer el bienestar físico y mental de todos los habitantes de América. Hay otros momentos históricos que han influido en el progreso y avance de la cooperación internacional en salud para la región, como los siguientes:

1977. Aprobación de acuerdos relativos a la colaboración técnica entre naciones en desarrollo. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) organizó la participación del sector sanitario de las Américas en la Conferencia Mundial sobre Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo, que resultó en el Plan de Acción de Buenos Aires en 1978, un documento fundamental para esta clase de cooperación. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) empezó oficialmente sus labores para promover la colaboración sur-sur.

1980. Comenzó el registro de la colaboración técnica entre naciones en vías de desarrollo. Se registran y fortalecen las acciones de la OPS en cooperación triangular y sur-sur, estableciendo puntos focales en 13 naciones y territorios (Venezuela, Paraguay, Nicaragua, México, Islas Turcas y Caicos, Honduras, El Salvador, Ecuador, Cuba, Chile, Barbados y Argentina). A eso se

le añaden la implementación de iniciativas como socio triangular en el ámbito regional y subregional, así como un programa de becarios en salud y el respaldo a varios proyectos y acciones bilaterales entre naciones.

1984 -1986. Auge de la cooperación técnica entre países en desarrollo. Las actividades de cooperación se multiplicaron en áreas como la sanidad animal y veterinaria, la formación de recursos humanos, la elaboración de un plan de necesidades prioritarias de salud, y enfermedades transmisibles.

1991. A partir de 1991, la OPS reserva un monto moderado de sus recursos para destinarlos a proyectos e iniciativas de cooperación sur-sur triangular y regional originados por los países.

1998. El enfoque de salud para el desarrollo humano, el plan estratégico 1999-2002, buscó una mejor integración entre la salud y el desarrollo humano en las políticas públicas, sobre todo como reacción a un escenario de cambios en los sistemas nacionales de la región americana. El concepto de salud se extendió con la incorporación de los factores sociales que determinan la salud.

2005. Se fomenta la cooperación con los países. Se probó un nuevo método de cooperación desde el año 2000, con el objetivo de lograr una alineación más óptima con las políticas y estrategias nacionales de cooperación en el contexto de las reformas de la eficacia de la ayuda. El objetivo principal de la cooperación fue fortalecer y liderar los sistemas nacionales de salud, que son responsables de implementar políticas relevantes en términos de inclusión sanitaria.

2013. Se funda la Cooperación entre Países para el Desarrollo Sanitario (CCHD, en inglés), con principios orientadores compartidos que apuntan a la colaboración entre países y las alianzas horizontales para el desarrollo de la salud, pasando de una perspectiva de cooperación "triangular" y "tradicional" a las dinámicas del sur-sur. La solidaridad, el respeto a la diversidad, al beneficio recíproco y a la soberanía nacional, así como la falta de condicionantes, continúan siendo los principios que guían.

El aumento de actores nacionales y transnacionales, tanto estatales como no estatales, ha generado cambios y transformaciones en los últimos años. Esta interacción compleja se ve potenciada por la aparición de nuevos mecanismos organizativos adhoc que la hacen efectiva. Cada vez más se observa una inclinación hacia la participación de entidades del sector privado, corporativo y empresarial, así como de organizaciones de la sociedad civil. (146) (147).

Integración del laboratorio clínico en la medicina personalizada

La medicina personalizada, también conocida como medicina de precisión o individualizada, se ha descrito como un método para tratar y prevenir enfermedades teniendo en cuenta la variabilidad genética, los factores ambientales y el estilo de vida particular de cada individuo. Con el objetivo de aplicar el seguimiento y tratamiento más apropiado a cada paciente, categoriza a las personas en subpoblaciones que varían en su propensión a contraer una enfermedad específica o en su reacción a un tratamiento particular. La aplicación de los procedimientos relacionados con la Medicina Personalizada supone que los especialistas de laboratorio se enfrenten a una tecnología muy sofisticada y poco familiar, así como a la dificultad para interpretar los resultados, en particular la apreciación de su relevancia clínica (148).

La medicina de laboratorio ha pasado de concentrarse en la tecnología analítica clásica a involucrarse globalmente en el tratamiento de enfermedades. Por lo tanto, hoy día desempeña un rol clave en el cribado, diagnóstico, evaluación pronóstica y seguimiento del tratamiento. La mayor parte de las aplicaciones actuales de la MP se fundamentan en el análisis del genoma. No obstante, cada vez hay más iniciativas de investigación que buscan esclarecer las transformaciones causadas por una condición patológica a otros niveles (microbiota, metabolitos, proteínas, ARN o epigenoma). La espectrometría de masas se ha empleado más ampliamente, y las tecnologías de secuenciación de próxima generación (next generation sequencing), nacidas en la época posgenómica, han beneficiado a estas investigaciones.

Cómo los especialistas en idiomas apoyan campañas de salud al traducir y adaptar materiales educativos.

Para proporcionar un servicio médico equitativo y de alta calidad, la comunicación eficaz es fundamental en el sistema sanitario. En Ecuador, el sistema sanitario puede tener que lidiar con una diversidad cultural y lingüística en aumento debido a la migración, a la globalización y a la existencia de comunidades indígenas. Por eso, los idiomas son instrumentos fundamentales para optimizar las interacciones entre los pacientes y los profesionales de la salud. El uso apropiado del idioma no solo mejora la interpretación y el diagnóstico de las condiciones médicas, sino que también promueve un ambiente inclusivo y respetuoso (149).

Para ofrecer una atención segura y eficaz, es fundamental dominar los idiomas en el ámbito de la salud. La comprensión de las instrucciones médicas puede verse obstaculizada por las barreras lingüísticas, lo que puede

generar diagnósticos erróneos y reducir la adherencia a los tratamientos. Los pacientes que no tienen un buen manejo del español suelen tener más problemas para acceder a la información médica necesaria, lo cual incrementa su vulnerabilidad y puede impactar negativamente su salud. Los malentendidos que surgen de estas barreras pueden resultar en una gestión inadecuada de los medicamentos o en la no observancia de las indicaciones médicas, lo que puede empeorar el estado de salud.

La precisión del diagnóstico y la satisfacción del paciente mejoran considerablemente cuando los intérpretes que participan en las consultas médicas son profesionales. Estos intérpretes no solamente contribuyen a superar los obstáculos lingüísticos, sino que además proporcionan una comprensión de la cultura que puede ser esencial para brindar una atención apropiada. No obstante, también existen dificultades con la capacitación en terminología médica de estos profesionales y con la disponibilidad de intérpretes en todos los campos. La escasez de intérpretes con preparación en muchas zonas podría obstaculizar la efectividad del servicio, lo que pone de relieve la importancia de invertir más en recursos y capacitación.

Las tecnologías de la información y la digitalización han creado nuevas posibilidades para optimizar la comunicación en varios idiomas en los contextos de salud. Las plataformas de telemedicina y las aplicaciones de traducción automática permiten a los profesionales sanitarios interactuar con pacientes que tienen distintos orígenes lingüísticos de forma más eficaz. En años recientes, el empleo de estas tecnologías se ha incrementado notablemente, lo que ha favorecido la calidad y el acceso de la asistencia para pacientes con obstáculos lingüísticos.

Promoción de salud global a través de iniciativas multilingües lideradas por expertos en idiomas

Durante las dos últimas décadas, los esfuerzos para mejorar la salud global han incluido una variedad de compromisos y un rango extenso de instrumentos normativos internacionales en el ámbito sanitario, además de nuevas iniciativas y organizaciones, y una mayor extensión de las discusiones acerca de la salud. Muchos de estos esfuerzos se han originado como respuesta a retos globales cada vez más complejos, tales como el incremento de las desigualdades, las transiciones demográficas y epidemiológicas, la doble carga que suponen las enfermedades para numerosos países, catástrofes naturales inesperadas (como el tsunami en Japón y el terremoto en Haití) o la permanencia de otros riesgos (como los efectos de gran magnitud de la crisis financiera).

En este contexto, las Naciones Unidas y su organismo especializado para la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS), han desempeñado un papel crucial en las principales cuestiones mundiales relacionadas con la salud a la Asamblea General de las Naciones Unidas a fin de subrayar los siguientes aspectos:

La salud debe considerarse una inversión en el desarrollo humano y el desarrollo económico.

La salud es el cimiento de la lucha contra la pobreza y el logro del desarrollo sostenible.

La seguridad y la protección de la salud son piedras angulares de la seguridad humana.

El primer progreso significativo se produjo con la creación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, después de la Cumbre del Milenio, que tuvo lugar en el año 2000. Este avance consistió en reconocer las enfermedades infecciosas y la salud de las mujeres y los niños. La Asamblea General de las Naciones Unidas, en la Declaración de compromiso que se aprobó durante el período extraordinario de sesiones sobre el VIH/SIDA en 2001, declaró que "la epidemia global de VIH/SIDA representa una urgencia mundial y uno de los retos más serios para la dignidad y la vida humana, así como para el ejercicio efectivo de los derechos humanos".

La OMS ha trabajado en los últimos decenios para alcanzar la mejor salud posible a través de diversas maneras, desde la implementación de programas contra ciertas enfermedades hasta actividades generales para fortalecer los sistemas de atención médica basados en la atención primaria, a pesar de las enormes dificultades que enfrenta con respecto a su financiamiento. Muchos observadores no se dan cuenta de que la fuerza de esta organización para concertar tratados y el reforzamiento de su rol normativo han sido las razones detrás de algunos de los avances más significativos en el ámbito de la salud global.

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, el primer acuerdo internacional negociado con el apoyo de la OMS, fue ratificado en 2003 y comenzó a aplicarse en 2005. Este tratado se ha convertido en el que ha tenido una aceptación más rápida y extensa en la historia de las Naciones Unidas.

El Reglamento Sanitario Internacional, que fue aprobado en 2005 por la Asamblea Mundial de la Salud, ha sido implementado por los Estados desde junio de 2007. Este acuerdo, que tiene carácter jurídico vinculante, ofrece un

nuevo marco para coordinar el manejo de situaciones de emergencia en la salud pública que generan preocupación a nivel global.

Con el objetivo de enfrentar el desafío que supone la migración internacional del personal sanitario, en mayo de 2010 los Estados miembros de la OMS aprobaron un Código mundial de prácticas para la contratación internacional de dicho personal. Este fenómeno afecta particularmente a las naciones con ingresos bajos y sistemas sanitarios inherentemente débiles. Después de la aprobación del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna en 1981, esta fue la primera ocasión en tres décadas que los países miembros de la OMS ejercieron su autoridad constitucional para elaborar un código.

La salud global es más compleja de lo que comúnmente se cree, y para conseguirla se requiere algo más que asistencia para el desarrollo. Uno de los desafíos más importantes para la salud global hoy en día es la necesidad de consolidar las numerosas iniciativas de salud loables, que frecuentemente siguen caminos paralelos a los de los sistemas sanitarios de sus respectivos países.

El debate sobre la salud global es a menudo dominado por las referencias al déficit de financiación. Por ejemplo, se estima que será necesario agregar 250.000 millones de dólares en los siguientes cinco a diez años para cumplir con las metas de salud vinculadas a los ODM; de este monto, 70.000 millones de dólares llegarían de donantes. Es imprescindible un cambio de perspectiva, para lo cual se necesita:

Más esfuerzos de los donantes y los países en la elaboración de estructuras nacionales de financiación para la salud que sean justas y sostenibles;

Estrategias nacionales de desarrollo que contrarresten el carácter fragmentado, de corto plazo e imprevisible de la asistencia para la salud;

Asignar una nueva urgencia a la protección social, dado que los pagos directos de los pacientes por servicios de salud contribuyen a que las personas vivan por debajo del umbral de pobreza;

Mejor utilización de los recursos suministrados:

Colaboración de diferentes sectores del gobierno para promover la salud a nivel nacional e internacional.

En el país, la variedad de temas relacionados con la salud global ha hecho que, poco a poco, los ministerios de seguridad, economía, desarrollo,

relaciones exteriores y salud se involucren en un diálogo nuevo. Hoy en día, la salud global necesita de una mezcla de habilidades, incluyendo conocimientos técnicos relacionados con la salud, conocimientos específicos sobre negociación y sensibilidad hacia las constelaciones geopolíticas, las alianzas coincidentes y las consecuencias comerciales y económicas, por mencionar solo algunas (150).

SALUD INTEGRAL:

uniendo profesiones, salvando vidas

Capítulo 9

Salud Mental y su enfoque integral:
Interconexión entre salud mental y
salud física

AUTORES: Geomara Gissela Dueñas Zambrano; María Monserrate Cantos Sánchez;
Cristian Patricio Calle Velesaca; Jared Salomé Macías Flores



Rol de psicólogos en la salud mental comunitaria

Se entiende por salud comunitaria al conjunto de acciones orientadas a optimizar las condiciones de vida y el bienestar de una comunidad, con un enfoque inclusivo e integral, poniendo énfasis en la promoción de la salud y en prevenir enfermedades. (151). La psicología comunitaria, debido a su perspectiva sobre la interacción entre las personas y sus contextos sociales, ha surgido en este contexto como un campo esencial para enfrentar los desafíos complejos que presentan las sociedades contemporáneas (152). Los psicólogos desempeñan un papel clave en la salud comunitaria al diseñar e implementar estrategias que fomenten el empoderamiento, la resiliencia y la cohesión social en comunidades vulnerables, así como al contribuir al fortalecimiento de políticas públicas en salud mental y bienestar colectivo (153).

La importancia del psicólogo comunitario se basa en su habilidad para actuar en varios niveles del sistema sanitario, desde la atención primaria hasta la creación de programas con alcance poblacional. Esto abarca acciones como la evaluación de necesidades en el ámbito psicosocial, la promoción de procesos participativos y la aplicación de estrategias que fomentan transformaciones sostenibles en la conducta (154). El psicólogo también toma en este campo una perspectiva interdisciplinaria que permite combinar conocimientos y prácticas para tratar cuestiones complicadas como la violencia, el acceso desigual a servicios de salud y las consecuencias psicológicas de la exclusión social (155).

En las décadas recientes, la psicología comunitaria ha progresado hacia un enfoque que enfatiza el fortalecimiento de las aptitudes locales y la sostenibilidad. Esta perspectiva toma en cuenta la relevancia de las dinámicas políticas, económicas y culturales para determinar el estado de salud de las comunidades (156) . El papel del psicólogo comunitario, a diferencia de las intervenciones asistencialistas, se enfoca en estimular la autogestión y en la creación de redes de apoyo que van más allá de las soluciones individuales y enfrentan los factores sociales que determinan la salud (157).

Una característica diferenciadora del trabajo de un psicólogo comunitario es su capacidad de unir teorías psicológicas con técnicas que fomentan la participación. Esto significa que las intervenciones no solo se orientan a prevenir problemas de salud mental, sino también a tener un efecto positivo en la calidad de vida de los individuos (158). Desde este punto de vista, el psicólogo comunitario se desempeña como un facilitador y promotor del cambio, activando recursos a nivel local y creando espacios para la reflexión grupal y la acción transformadora (159).

No obstante, el ejercicio profesional en el campo comunitario también se enfrenta a retos importantes. Algunos de ellos son la falta de recursos, los obstáculos estructurales para acceder a los servicios sanitarios y las tensiones que surgen naturalmente entre las intervenciones comunitarias y las prácticas clínicas tradicionales. Estos impedimentos exigen que los psicólogos asuman una actitud reflexiva y crítica, teniendo en cuenta las especificidades de cada comunidad y elaborando tácticas que se ajusten a lo que estas requieran y prioricen (160) (161).

El papel del psicólogo en el campo de la salud comunitaria ha cambiado drásticamente, ajustándose a las complejidades de las dinámicas sociales, económicas y culturales que impactan a las comunidades. Los psicólogos han asumido un rol protagónico en la promoción del bienestar colectivo y de la salud mental, participando activamente en la creación de ambientes resilientes, sostenibles y saludables.

Como respuesta a las deficiencias de los métodos clínicos tradicionales, que frecuentemente no consiguen enfrentar las causas estructurales de los problemas de salud mental, nace la psicología comunitaria. Esta disciplina se describe como un ámbito interdisciplinario que persigue fomentar la transformación social mediante el empoderamiento de las habilidades de la comunidad. El psicólogo comunitario, en este contexto, no solo actúa en situaciones individuales; también colabora con comunidades y grupos enteros, creando programas que tratan con los determinantes sociales de la salud, tales como la exclusión social, la pobreza y la desigualdad (155) (162).

Intervenciones comunitarias para la salud mental. Integración de salud mental en atención primaria

La salud mental es un componente integral del bienestar general y desempeña un papel crucial en la calidad de vida de los individuos y las comunidades (163). En los últimos años, se ha ido incrementando el reconocimiento acerca de la relevancia de incorporar en los ambientes de atención primaria la atención a la salud mental, ya que estos son el primer punto de contacto para muchos individuos que requieren asistencia médica. (164). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha enfatizado la necesidad de fortalecer la promoción de la salud mental en la atención primaria como una estrategia clave para mejorar la salud mental global (165).

Se entiende por promoción de la salud mental al proceso que busca fortalecer la habilidad de las personas y las comunidades para tomar el control de su propia salud mental y mejorarlala. Esto supone poner en marcha tácticas

que, dentro del marco de la atención primaria, no solo se ocupen de los problemas de salud mental presentes, sino que además eviten su surgimiento y promuevan el bienestar psicológico general (166).

Varios elementos determinan la relevancia de las estrategias para promover la salud mental en contextos de atención primaria. En primer lugar, la atención primaria brinda una oportunidad excepcional para identificar de manera temprana y actuar a tiempo ante problemas de salud mental. En segundo lugar, incluir la salud mental en la atención primaria puede colaborar para disminuir el estigma relacionado con los trastornos mentales. En tercer lugar, los servicios de salud mental especializados pueden ser más difíciles de acceder y menos útiles para un mayor porcentaje de la población que las intervenciones en este nivel (167) (168).

No obstante, a pesar de su reconocida relevancia, la aplicación eficaz de estrategias que fomenten la salud mental en el primer nivel de atención continúa siendo un reto en numerosos contextos. Las barreras comprenden la escasez de recursos, la escasa formación del personal que atiende a nivel primario en asuntos relacionados con la salud mental y la división de los sistemas sanitarios.

Se ha comprobado que las tácticas para promover la salud mental en los contextos de atención primaria son variadas y efectivas. En este campo, las intervenciones psicoeducativas han sido fundamentales. Los programas de alfabetización en salud mental que se han puesto en marcha en lugares de atención primaria tuvieron un impacto positivo, pues los pacientes mostraron una mejoría notoria en sus actitudes y conocimientos sobre trastornos mentales (169).

Estos programas, que normalmente contienen información acerca de las causas, los síntomas y las alternativas de tratamiento, han probado ser una herramienta útil para fomentar la comprensión de la salud mental y eliminar su estigmatización. Al mismo tiempo, los programas de gestión del estrés han surgido como un método habitual y eficaz. Cuando se llevan a cabo en contextos de atención primaria, las intervenciones que utilizan internet para el control del estrés tienen la capacidad de disminuir notablemente los niveles de estrés percibidos y mejorar el bienestar general.

Esta estrategia se beneficia de la accesibilidad y la escalabilidad que ofrecen las tecnologías digitales para alcanzar a un número superior de pacientes. En años recientes, las intervenciones que se fundamentan en la atención plena o mindfulness han aumentado su popularidad en el ámbito de la

atención primaria. Si se ajustan correctamente, tienen el potencial de disminuir los niveles de ansiedad y depresión, así como también de elevar la calidad de vida de quienes reciben tratamiento. Esta perspectiva holística se ajusta a una concepción más completa de la salud mental, que trasciende el mero tratamiento de síntomas particulares.

La promoción de la actividad física como método para optimizar la salud mental ha sido, además, un asunto frecuente en los escritos. En la atención primaria, los programas de actividad física pueden tener un efecto positivo moderado en la disminución de los síntomas depresivos. Este dato pone de relieve lo importante que es tomar en cuenta métodos no farmacológicos y basados en el estilo de vida para fomentar la salud mental.

Las medidas de prevención del suicidio se han investigado en el marco de la atención primaria. La formación de médicos de atención primaria en la identificación y tratamiento de la depresión y el riesgo suicida puede ser útil para disminuir las tasas de suicidio. Este descubrimiento destaca la relevancia fundamental de incorporar la salud mental en la capacitación y el ejercicio profesional de quienes se dedican a la atención primaria.

Varios obstáculos se presentan al poner en marcha estrategias de promoción para la salud mental en atención primaria. La falta de recursos, tanto humanos como financieros, es uno de los principales impedimentos. La ausencia de expertos en salud mental cualificados en todo el mundo representa un obstáculo significativo para la aplicación eficaz de estas estrategias. Esta restricción de recursos obstaculiza la competencia de los sistemas de atención primaria para brindar servicios integrales y de calidad en el ámbito de la salud mental.

El estigma relacionado con los trastornos de salud mental es otro elemento que dificulta la promoción de la salud mental en atención primaria. Este estigma tiene un efecto negativo en dos sentidos: por una parte, disuade a los pacientes de buscar la asistencia que requieren; por otra parte, impide a los profesionales sanitarios brindar intervenciones de salud mental en contextos de atención primaria.

Esta barrera de tipo cultural y social tiene el potencial de debilitar las iniciativas para incluir la salud mental en los servicios primarios de atención y restringir así el alcance de las intervenciones. Otra barrera importante que surge es la ausencia de una formación apropiada para el personal de atención primaria en temas relacionados con la salud mental.

Para optimizar la calidad y eficacia de las intervenciones de salud mental en atención primaria, es fundamental abordar esta brecha de conocimientos y habilidades. Para la implementación eficaz de estrategias destinadas a promover la salud mental, se ha identificado que incorporar los servicios de salud mental en la atención primaria es un factor fundamental. Incorporando a expertos en salud mental en los equipos de atención primaria, los modelos de atención colaborativa pueden mejorar considerablemente el desempeño de la salud mental. Esta integración no solamente mejora el uso de los recursos, sino que también permite brindar a los pacientes una atención más integral y accesible.

Al mismo tiempo, en este ámbito el empleo de la tecnología se ha vuelto un facilitador relevante. La tecnología posibilita la extensión del alcance de las intervenciones, la superación de obstáculos geográficos y el apoyo constante a los pacientes.

Fomentar la salud mental en atención primaria también depende de las políticas de apoyo. La implementación de estrategias de promoción puede ser significativamente más fácil si las políticas nacionales dan prioridad a la integración de la salud mental en la atención primaria. Estas políticas no solamente establecen un marco financiero y legal, sino que además contribuyen a generar un ambiente adecuado para el cambio cultural y organizacional requerido (170).

Impacto de los trastornos mentales en enfermedades crónicas

En la actualidad, las enfermedades crónicas degenerativas han mostrado un avance significativo, caracterizándose por su persistencia a largo plazo y una progresión lenta e invariable. Las enfermedades reumatólogicas, como la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico, la espondilitis anquilosante y el síndrome de Sjögren, entre otras, son notables en este conjunto de patologías debido a su efecto sobre el funcionamiento físico y mental de las personas que las padecen.

El efecto que las enfermedades crónicas tienen en los pacientes a nivel emocional es indiscutible. La incertidumbre y la imposibilidad de predecir el avance de la enfermedad, el sufrimiento que conlleva, la angustia emocional, la pérdida de autonomía y el estigma social vinculado a la degradación física son las causas de este impacto. Estas variables generan transformaciones significativas en el individuo, impactando su cuerpo, mente y espíritu.

Es esencial aceptar que este tipo de enfermedades requiere un enfoque completo desde una perspectiva biopsicosocial. Si no se recibe un tratamiento apropiado, puede haber un pronóstico de vida seriamente amenazado (171).

Es indiscutible el impacto emocional que padecen los pacientes a causa de las enfermedades crónicas. Esto se debe a la incertidumbre y la imprevisibilidad del avance de la enfermedad, el sufrimiento que provoca, la angustia emocional, la merma de autonomía y el estigma social de sufrir daño, así como a las transformaciones en el individuo (cuerpo, mente y espíritu).

Es importante que los individuos que sufren de este tipo de enfermedades y su círculo más cercano aprendan a lidiar con los síntomas y las complicaciones que provocan alteraciones físicas, estigmas sociales y trastornos emocionales como angustia, tristeza, miedo, culpa y otros sentimientos. Por esta razón, se afirma que estas personas afrontan una gama de retos y desafíos. El tratamiento de estas patologías supone un desafío para la medicina y, al mismo tiempo, para los organismos de salud pública, ellos mismos y sus familias, a causa del elevado coste económico de los tratamientos asignados.

Más de 450 millones de individuos sufren problemas mentales a nivel global; esto se ha relacionado fuertemente con los pacientes reumatólogicos, quienes tienen un 50% más de posibilidades de sufrir ansiedad o depresión en relación con la población en general. Por lo tanto, es necesario aplicarles pruebas, escalas o tamizajes para determinar su riesgo y actuar a tiempo (172).

La meta de prevenir los trastornos mentales es disminuir la incidencia, prevalencia y recurrencia de estos, así como el tiempo que una persona tiene síntomas o está en riesgo de desarrollar un trastorno mental. La prevención implica evitar o posponer las recaídas y reducir también el efecto que la enfermedad tiene sobre el individuo afectado, sus familiares y la comunidad (173).

Es crucial pensar que este tipo de patologías necesita, como se ha mencionado antes, ser tratadas desde un punto de vista biopsicosocial porque, si no se les brinda el tratamiento adecuado, la predicción del pronóstico es crítica. Para prevenir problemas más serios, como el suicidio, el procedimiento de detección y prevención en su respectivo tratamiento debe formar parte del plan de acción para estos pacientes.

La salud mental es esencial para el bienestar general de los pacientes con enfermedades crónicas, y su tratamiento apropiado puede influir positivamente en su calidad de vida. Proporcionar educación e información al paciente y asegurar que el entorno social y familiar participe en el proceso de enfermedad son pasos dirigidos a garantizar que las personas tengan acceso a recursos de apoyo para adaptarse adecuadamente a su enfermedad, lo cual a su vez disminuye la incidencia de problemas mentales.

La importancia del ejercicio y la nutrición en la estabilidad emocional

Se ha destacado en gran medida la actividad física por sus efectos positivos en la salud física, pero recientemente se le ha prestado más atención a su repercusión sobre la salud mental (174). Varios estudios han confirmado que la práctica regular de actividad física ayuda a disminuir los síntomas relacionados con trastornos psicológicos frecuentes en la adolescencia, por ejemplo: depresión, ansiedad y estrés (175).

La actividad física también estimula el fortalecimiento de una autoestima más alta y fomenta una visión más optimista del autoconcepto, factores fundamentales para un bienestar completo en este periodo crucial de desarrollo. Pese a estos descubrimientos, es necesario sistematizar la información existente para proporcionar un panorama más integral de las ventajas psicológicas que el ejercicio físico tiene en las personas de todas las edades (176).

La autoestima se revela como un aspecto psicológico esencial en la relación entre el ejercicio físico y el desarrollo mental de los jóvenes. Los estudios demuestran que los adolescentes activos físicamente tienen índices de autoestima mucho más altos, lo cual establece una conexión favorable entre la actividad física regular y el establecimiento de una imagen positiva de uno mismo. Cuando se sostiene una rutina constante de 4 a 5 horas por semana, el impacto positivo del ejercicio físico en la autoestima aumenta, generando un efecto multiplicador en la autoconfianza y el autoconcepto (177).

Los adolescentes que ya poseen algunas características positivas de personalidad muestran más beneficios en su autoestima, lo que indica la relevancia de considerar los elementos individuales al planear intervenciones basadas en el ejercicio físico. La importancia del ambiente educativo y de las actividades deportivas fuera del currículo escolar para el desarrollo psicológico, enfatizando cómo estos se unen estructurados pueden promover competencias emocionales fundamentales.

La motivación es un elemento regulador en el ámbito de la psicología durante la práctica deportiva; propone que se requieren estrategias innovadoras para mantener el compromiso con la actividad física. La regulación de las emociones se define como un factor crucial entre la actividad física y la salud mental del adolescente. La actividad física en aumento se relaciona con una percepción más positiva sobre el control que se tiene frente al estrés, así como con un incremento de la felicidad auténtica, lo que crea una correlación directa entre el ejercicio y la capacidad de regular las emociones. El ejercicio

aeróbico actúa como una barrera protectora frente al estrés psicológico, al reducir la producción de hormonas perjudiciales y la reactividad cardiovascular. Esto señala un mecanismo biológico relacionado con la regulación de las emociones (177).

El ejercicio físico continuo proporciona herramientas efectivas para manejar la depresión y la ansiedad, actuando como un regulador natural del estado de ánimo. A pesar de que el ejercicio es fundamental para la regulación de las emociones, debe ser complementado con ayuda profesional cuando sea necesario, sugiriendo una perspectiva integral que contemple tanto los beneficios como las limitaciones del ejercicio físico en la administración emocional.

El ejercicio físico es un factor importante para prevenir trastornos mentales comunes en la salud mental de los adolescentes, según investigaciones sobre la alta prevalencia de ansiedad (56.62%) y depresión (27.26%) en estudiantes universitarios. El aumento de la actividad física está directamente relacionado con una gestión más efectiva del estrés percibido. Esto señala que el ejercicio regular no solamente evita, sino también brinda herramientas adaptativas para enfrentar desafíos emocionales, consolidándose como una táctica preventiva de diversos aspectos contra los trastornos mentales comunes en la población adolescente (178).

Esta conexión se complementa con el hecho de que la combinación de actividad física y otros tratamientos reduce considerablemente los síntomas de depresión, lo que indica una acción sinérgica en la prevención y el manejo de trastornos mentales. Los estudios ofrecen evidencia significativa sobre la relación entre el bienestar psicológico y el ejercicio físico en adolescentes, aunque presentan limitaciones conceptuales y metodológicas que necesitan ser atendidas.

Además, se observa una variedad en las definiciones operacionales de variables esenciales como el bienestar psicológico y la actividad física regular, así como en los métodos de medición utilizados. Esto dificulta que las investigaciones se comparan entre sí directamente. Además, hay una limitación significativa ya que la mayoría de las investigaciones se centran en contextos urbanos específicos, lo cual podría no reflejar con precisión la diversidad de experiencias en variados entornos culturales y socioeconómicos.

Varios estudios destacan la relevancia de indagar más a fondo en la conexión entre el género, el estatus socioeconómico y la disponibilidad de recursos deportivos, elementos que podrían equilibrar considerablemente la relación entre la actividad física y la salud mental (178).

Salud mental en el entorno laboral y académico:

La eudaimonia y la hedonia son dos conceptos que han definido el bienestar desde tiempos antiguos. La primera hace referencia a un nivel personal vinculado con el progreso de objetivos, la autorrealización, la virtud y una dinámica optimista. La segunda, por otro lado, se enfoca en el placer, en sentir más emociones positivas, en disfrutar y sentirse contento con la vida.

Por ende, el bienestar psicológico estaría fundamentado bajo la concepción eudamónica de bienestar, para el cual Ryff propone el “Modelo de la Multidimensionalidad Constructural o Modelo Multidimensional del Bienestar Psicológico”. Este modelo distingue seis dimensiones (179):

Autoaceptación. Se refiere a la apreciación o actitud positiva sobre sí mismo, a pesar de ser consciente tanto de sus virtudes como limitaciones.

Capacidad de mantener relaciones positivas con otras personas. Consiste en poder conservar vínculos sociales estables, basados en la capacidad de amar y la confianza.

Autonomía. Basada en el ejercicio de la libertad donde cumple un papel importante la autodeterminación y la individualidad, siendo evidente a través de la responsabilidad sobre el propio comportamiento sin dejarse influenciar por la presión social.

Dominio del entorno. Se refiere a la capacidad para manejar el medio donde vive, sintiéndose como persona capaz de satisfacer sus deseos y necesidades, creando o eligiendo entornos favorables.

Crecimiento personal. Consiste en el uso de estrategias para fortalecer las capacidades personales, logrando la madurez y crecimiento personal.

Propósito de la vida. Es cuando el individuo se propone metas y objetivos claros y alcanzables, que brinden significado a las vivencias pasadas y futuras.

La teoría del ciclo vital, el funcionamiento mental positivo y las teorías de desarrollo humano óptimo son los enfoques adoptados por Riff. Por lo tanto, a medida que se desarrolla el ciclo de vida, los individuos tienen un nivel más alto en estas dimensiones del bienestar mental. Siguiendo esta sugerencia, se podría afirmar que la apreciación de los resultados obtenidos mediante un estilo de vida específico está vinculada al bienestar psicológico. En el periodo de la universidad, es relevante el bienestar psicológico para obtener éxito en los estudios y conseguir objetivos personales y laborales (180)

Lo encontrado demuestra que, cuando se emplean más estrategias como la aceptación, la reinterpretación positiva, el enfoque en los planes y el enfoque positivo, mejora el bienestar psicológico de quienes las llevan a cabo. Esto se debe a que estas estrategias requieren un ejercicio más racional y complejo, lo cual produce resultados positivos durante un periodo más extenso. Este resultado es similar a diversos estudios, quienes sustentan que el centrarse en aspectos positivos, reinterpretar la situación vivenciada, establecer metas y tener la capacidad de planificación favorece al desarrollo de un mayor bienestar, promoviendo mayor control personal, fortalecimiento de vínculos sociales a través del uso de actitudes positivas, desarrollo de competencias en la gestión del entorno y autodeterminación (181).

Por otra parte, los hallazgos muestran que existe una correlación inversa entre el uso de estrategias como el catastrofismo, la rumiación y la culpabilización de otros y el bienestar psicológico. En otras palabras, a medida que disminuye la implementación de estas tácticas, se incrementa el bienestar mental. Esto se debe a que utilizar estas estrategias puede atenuar temporalmente la respuesta emocional, pero conlleva un riesgo en la relación del individuo consigo mismo y su entorno. Esas tácticas dañan a los adultos, al dificultarles la aceptación de sí mismos, el dominio y la autonomía, lo que provoca mayor incertidumbre en el control de situaciones relevantes de su vida. Asimismo, en otras investigaciones se señala que estas estrategias favorecen el desajuste emocional, la depresión, la ansiedad y experimentar emociones negativas (182).

Las similitudes halladas entre las investigaciones pueden explicarse a partir de que las características poblacionales son similares, como ser alumnos de carreras de ciencias de la salud con más de 20 años. Los hallazgos muestran que, a medida que se emplean más estrategias como la aceptación, la reinterpretación positiva y el enfoque en los planes, más se desarrolla la dimensión de control/aceptación de situaciones. Esto se debe a que aceptar las emociones, generar un significado positivo y reflexionar sobre soluciones futuras para gestionar el evento emocional puede contribuir a una mejor valoración personal y a un funcionamiento positivo en la gestión de situaciones, lo cual refuerza dicha dimensión del bienestar psicológico (183).

Por otra parte, se ha notado que un uso menor de tácticas como el catastrofismo, la rumiación, el poner en perspectiva y culpar a otros ayuda a avanzar en la dimensión de aceptación/control de situaciones. Esto es porque estas estrategias enfatizan en lo que se ha vivido, lo que hace que las personas se enfoquen más en sus emociones que en soluciones asertivas, obstaculizando así la aceptación de aspectos propios y el manejo de situaciones cotidianas.

Las dimensiones de autoaceptación y dominio del entorno tienen una relación negativa baja con la estrategia catastrofismo, mientras que tienen una relación positiva baja con las estrategias de reevaluación positiva y focalización positiva. Otra similitud es que la muestra de estudiantes universitarios tiene edades parecidas y son todos de una carrera relacionada con las ciencias de la salud.

Los resultados muestran que, a medida que se utilizan más estrategias como la aceptación, la re-interpretación positiva, el enfoque en los planes y el enfoque positivo, mayor será el progreso en la dimensión de autonomía. Esto se debe a que estas técnicas refuerzan las habilidades de autodeterminación al tomar decisiones; es decir, las personas mantendrán un ejercicio responsable de su libertad y no estarán sujetas a la presión social.

Se nota, por otra parte, que un uso más reducido de tácticas como el catastrofismo elevado, la rumiación y el hecho de culpar a otros está asociado con el progreso en el ámbito de la autonomía. Esto se debe a que estas estrategias hacen hincapié en lo que se ha vivido, lo cual lleva a buscar responsabilidad en elementos externos y obstaculiza la autonomía para modular las experiencias emocionales.

Se ha encontrado una relación negativa baja entre la dimensión de autonomía y las estrategias de rumiación, autoculpa y culpar a otros, pero no hay ninguna relación con las demás estrategias. La semejanza puede explicarse por la participación de un grupo de estudiantes universitarios de una misma carrera en ciencias de la salud, que tengan edades parecidas.

SALUD INTEGRAL:

uniendo profesiones, salvando vidas

Capítulo 10

Ética y políticas públicas en salud

AUTORES: Yelennis Galardy Domínguez; Marina Alexandra Rosero Oñate;
Elena Silvana Guaña Bravo; Javier Jonathan Matute Santana



Formación en salud basada en valores humanos y equidad

Para garantizar que las decisiones tomadas no solo sean eficaces, sino también justas y fomenten el bienestar de la población al tiempo que se respetan los derechos individuales, es esencial la educación en ética de la salud pública. Las políticas de salud pública impactan a grandes grupos de población y tienen repercusiones importantes en la vida de las personas; esto requiere una capacitación ética que permita identificar y analizar los valores involucrados, así como resolver problemas complejos, valorando los efectos y atenuando los posibles impactos adversos de sus decisiones. (184).

No obstante, en la mayor parte de las escuelas de salud pública, la ética es una asignatura optativa que no forma parte de la formación continua. Además, hay una cierta inclinación entre los profesionales de la salud pública de considerarse capacitados para tratar los problemas éticos de la salud pública sin haber recibido antes una formación específica (185) (186).

Es necesario tener en cuenta a toda la población, pero sobre todo a los colectivos vulnerables, lo cual exige una formación ética que subraye la relevancia de tratar las inequidades en salud y fomentar la justicia social.

La capacitación ética brinda los instrumentos para detectar y rectificar las desigualdades en el acceso a la atención médica y al resto de los factores sociales que determinan la salud. Como lo indica el más reciente informe de la OMS del 2025, garantizar que todas las personas tengan acceso equitativo a los servicios y políticas de salud es una demanda ética esencial, la cual debe abarcar también la salud pública.

La capacitación en ética fomenta el crecimiento del trabajo basado en la integridad, la honestidad y el compromiso con los valores y la protección de los derechos de las personas y las comunidades, tanto en los sectores más propios de la salud pública como en circunstancias críticas. Asimismo, es fundamental para el entrenamiento de aquellos individuos que eventualmente podrían integrarse al Comité de Bioética. Este comité también podría ser un impulsor de capacitación y elaboración de manuales o informes que sirvan al grupo de profesionales de la salud pública.

Un programa de formación en ética de la salud pública debería abordar temas como:

1. Conflictos originales de la ética de salud pública. La epidemia de VIH como ejemplo. Diferencias entre bioética y ética de salud públi-

- ca. Fundamentación ética de la salud pública. Valores: comunidad, solidaridad, fraternidad. Temas clásicos en ética de salud pública.
2. Equidad. ¿Cómo repartimos los recursos? Justicia en ética de salud pública, Equidad y determinantes sociales de la salud. Teorías de la justicia y la equidad. Igualdad de oportunidades. El conflicto entre deontologismo y utilitarismo en equidad y salud pública.
 3. Autonomía. ¿Cómo cohesionar los intereses individuales con los colectivos? Paternalismo. El concepto de autonomía. Autonomía libertaria y paternalismo de un Estado niñera. Autonomía y paternalismo relacional. Ejemplos de conceptos de paternalismo. Escalera de intervención en salud pública.
 4. El consentimiento en salud pública. Justicia procedural.
 5. Uso de la evidencia en salud pública. Por ejemplo, análisis de conflictos de interés con la industria farmacéutica.
 6. El estigma en salud pública. Por ejemplo, las consecuencias del estigma en el VIH o el uso del estigma en las campañas contra el tabaco.
 7. El procedimiento de toma de decisiones en salud pública (transparencia, razonabilidad, rendición de cuentas) (184).

Toda respuesta que se proponga desde el ámbito de la salud pública, además de la capacitación en ética, debe estar respaldada por un sólido conocimiento científico. Es imprescindible incluir la evidencia científica más relevante para tomar decisiones y establecer políticas que ayuden a reducir las desigualdades en salud y a mejorar la salud de la población.

Sin embargo, la mejor evidencia no es suficiente. Cuestionar qué políticas sanitarias son las más adecuadas ineludiblemente genera respuestas que no solo se basan en hechos científicos, sino también incluyen juicios de valor, lo cual plantea retos éticos. Es fundamental tomar en cuenta el abordaje de por lo menos los temas éticos recurrentes de la salud pública.

Tabla 6.

Temas éticos en salud pública.

Eje o principio	Conflictos	Ejemplo
Deber de asistencia	Atención incompleta	Miedo del colectivo de profesionales de la salud en contexto de epidemia
Justicia	Racionamiento	Escasez de mascarillas, de recursos, etc.
	Justicia global	Distribución desigual de vacunas
	Discriminaciones	Racismo, edadismo, sexismos
Autonomía y comunidad	Restricción de libertades	Cuarentenas, confinamientos, etc.
	Estigmatización	Campañas contra el tabaco o contra la obesidad
	Confidencialidad	Rastreos de contactos de enfermedades contagiosas
Utilidad	Privacidad	Vigilancia epidemiológica
	Evidencia	Autorización de comercialización sin suficiente evidencia, homeopatía
	Investigación	Investigación en poblaciones vulnerables
	Educación para la salud	Recomendaciones de cambios de hábitos

Fuente (184)

Al igual que la investigación clínica y la de servicios sanitarios, la investigación en salud pública es aplicada; sin embargo, esta última tiene también repercusiones políticas, a diferencia de las otras. Como ejemplo, en medio de la pandemia de COVID-19, se introdujeron a la opinión pública numerosas acciones de salud pública con el supuesto de ser completamente imparciales y objetivos desde un punto de vista ideológico, asegurando que solo se estaba “siguiendo a la ciencia” (187). No obstante, el asunto fundamental es que ninguna política de salud pública puede sustentarse exclusivamente en la ciencia sin el peligro de que se convierta en “evidencia basada en políticas”, o sea, en utilizar las evidencias para validar ciertas políticas (188).

Por esta razón, los propósitos de la investigación en salud pública tienen que enfocarse en entender cómo los factores que determinan la salud de la población afectan a esta. Los problemas de salud que elija investigar, cómo los conceptualice y los marcos teóricos que tome como base influirán en las soluciones que se adopten. Por ejemplo, el estudio de la obesidad en el contexto de decisiones individuales sobre ejercicio y alimentación podría resultar

solamente en sugerencias individuales sobre la libre elección personal, en vez de considerarlo como un problema estructural.

Los que se dedican a la investigación en salud pública tienen una responsabilidad moral no solo al elegir los temas de estudio, sino también al examinar sus causas. Suponiendo que tanto las comunidades como los investigadores tienen intereses, al menos tres posibles obligaciones éticas hacia las comunidades o colectivos deberían tenerse en cuenta: la obligación de respetarlas, la obligación de no dañarlas y la obligación de beneficiarlas (189).

Además de tener en cuenta los marcos teóricos subyacentes a toda investigación, también sería necesario examinar los métodos utilizados y orientarlos hacia lo que se conoce como “epidemiología mestiza”. Esta última sostiene que es preciso emplear tanto métodos y técnicas de la epidemiología y la estadística como otros cualitativos de índole social para analizar los problemas primordiales de salud colectiva (190).

Como en numerosas ocasiones las intervenciones se llevan a cabo al mismo tiempo que la investigación, la evaluación de los resultados en salud complica la investigación pública. Además, es necesario tener prudencia en el sentido de examinar e incluir análisis sobre la proporcionalidad de intervenir en la autonomía de las personas, la eficacia de las intervenciones cuando se llevan a cabo en grandes grupos poblacionales o los balances entre riesgo y beneficio. Para evaluar las evidencias que brinda este tipo de análisis, es importante invertir en la investigación en salud pública y fomentarla, así como acceder a estudios que cuenten con fuentes de datos confiables y tener profesionales capacitados para tal fin.

En conclusión, las políticas en el ámbito de la salud pública deben fundamentarse en las evidencias científicas más relevantes; sin embargo, principalmente son políticas que se basan en valores que deben ser rendidos de manera transparente, tales como la libertad, la equidad, la solidaridad y la explicabilidad. Para que existan políticas adecuadas, la ética debe estar presente en las investigaciones de salud pública, desde su concepción hasta su puesta en marcha y evaluación.

Ética y salud pública. Principios éticos en la atención interdisciplinaria

La bioética surge a fines de los años sesenta y comienzos de los setenta como respuesta a las cuestiones éticas que surgen en el ámbito de la salud. Más que enfocarse en temas de salud poblacional, se concentró en los conflictos éticos y los dilemas creados por la medicina de alta tecnología,

así como en las normativas y programas de salud pública (191). Asimismo, representó lo relevante que es el profesionalismo de los médicos más allá de su relación con el paciente. Sin embargo, se le cuestionó la ponderación de su enfoque individualista, el cual se fundamenta en los principios de justicia, no maleficencia, beneficencia y autonomía para el ser humano, por encima del interés general de la sociedad y la ciencia. El cual es relevante para la salud de la gente y el enfoque social y poblacional de la salud pública (192).

Estos dilemas éticos que surgen en la bioética son tan complejos y tienen un impacto social tan grande que, debido a la responsabilidad de los modelos de conducta involucrados en la sociedad, no pueden dejarse a la arbitrariedad de los científicos y los profesionales. En cambio, deben basarse en una perspectiva transdisciplinaria. La bioética se valida en la medida en que es capaz de integrarse a la realidad cultural de su sociedad y al ámbito de deliberación que la necesita (193).

En otras palabras, la bioética es válida en la medida en que considera lo específico de las labores de salud pública y sus fundamentos teóricos. También pueden surgir conflictos si existe un riesgo significativo de que los intereses secundarios de una o más partes involucradas en un estudio influyan inapropiadamente en su juicio. De esta manera, poniendo en peligro el objetivo principal de la investigación debido al ambiente competitivo entre los investigadores (194).

El término “bioética” fue acuñado en 1927 por Fritz Jahr, un teólogo, filósofo y docente alemán. Él empleó el término por vez primera con la intención de solucionar la relación entre las formas vivas de la realidad, para asistir a la ciencia y a la tecnología en el recorrido de una conducta responsable moralmente y orientada hacia el respeto por todas las formas de vida. Lo anterior estaba definido por la estricta y categórica necesidad de tomar decisiones morales que fueran prudentes y pragmáticas, así como por el concepto esencial de “respetar a cada ser vivo desde un principio” (195).

Posteriormente, en 1970, Van Potter, bioquímico y oncólogo, acuña el término y la define como “Bioética: ciencia de la supervivencia” (196). Durante la década de los setenta, en Estados Unidos se establecieron no solo los primeros comités de ética que emplearon el principioalismo como perspectiva (una metodología que aborda los problemas bioéticos a través de la aplicación de principios), sino también los primeros centros de bioética. De esta manera, se creó el primer informe Belmont y la primera enciclopedia de bioética, estableciéndose así las pautas fundamentales de las instituciones, como lo son los comités de bioética (197).

El término bios (vida) significa la presencia de las ciencias biológicas, mientras que ethos (ética) se referiría al establecimiento de los valores y normas de conducta; la bondad o maldad de las acciones humanas y las pautas de comportamiento. La bioética es un campo que abarca una serie de investigaciones, discursos y prácticas, usualmente pluridisciplinarias y pluralistas, cuyo propósito es esclarecer y, si se puede, solucionar cuestiones éticas que surgen a raíz de la investigación y el desarrollo biomédico y biotecnológico en sociedades definidas por ser individualistas, multiculturales y en constante evolución (197).

Con el fin de su implementación, emergen los problemas metodológicos que son generados por la investigación y desarrollo tecnocientíficos, además de las controversias que se originan en todos los comités de bioética; como una gran contribución para el avance de la democracia, las diferencias entre disciplinas y los intereses que surgen a partir de ellas. Por ello, se sugiere un nuevo método para que las instituciones puedan alcanzar acuerdos prácticos y mínimos, adecuados a la magnitud de los conflictos planteados. Asimismo, define la misión de los comités de bioética como la de esclarecer un asunto desde el enfoque de las normas y los valores dentro de una sociedad o un grupo de países.

Siempre y cuando se eviten los acuerdos obligados y las discrepancias perezosas. No es posible disociar la acción individual y la colectiva fundamentada en principios y normas. Dado que el saber acerca de las leyes y los hechos establecidos científicamente arroja luz sobre las condiciones y sus efectos (198).

Hay cuatro principios bioéticos para la justificación de la intervención de salud pública:

Principio de daño”, creado por Stuart Mill, según el cual el único poder que se puede ejercer sobre cualquier miembro de una comunidad es para evitar daño a los demás.

Principio de los medios menos restrictivos o coercitivos, que reconoce que existe una cantidad de medios para lograr fines de salud pública y toda fuerza de poder del Estado debe reservarse para circunstancias excepcionales.

Principio de reciprocidad, el cual indica que una vez que se justifica la acción de salud pública, existe una obligación de una entidad social de ayudar a las personas a cumplir sus obligaciones éticas.

Principio de transparencia que establece que todos los interesados legítimos deben participar en el proceso de toma de decisiones y tener la misma participación en las deliberaciones, con responsabilidad y claridad (199).

De acuerdo con esta lógica, la metodología para los comités de bioética debe consistir en reestablecer la democracia social como el conjunto de las democracias primarias que son determinadas por comunidades pequeñas y asociaciones voluntarias específicas que nutren a la democracia desde abajo. Así, todos participan en las nuevas instituciones.

Políticas de salud pública en Ecuador

En Ecuador, las políticas de salud pública han evolucionado a lo largo de un extenso lapso, desde 1979, cuando se enfocaban en la atención directa a la enfermedad y no había coordinación alguna entre las entidades que brindaban servicios, hasta el presente, con métodos integrales de curación, prevención, promoción y rehabilitación por medio de la red pública de salud. La edificación del sistema de salud estuvo asociada a decisiones políticas, las cuales fueron influenciadas por la ideología del gobierno en el poder. Esta influencia se manifestó en modificaciones constitucionales y en transformaciones sobre cómo se concibe la salud, así como en la fijación de los principios y fundamentos que deben gobernarla, además de las reformas continuas que se llevaron a cabo a lo largo del tiempo. Se han realizado esfuerzos políticos, económicos y legales para mejorar el sistema de salud en Ecuador; sin embargo, no se ha conseguido construirlo debido a la falta de una política estatal que trascienda las visiones e intereses políticos de los gobiernos en ejercicio (200).

Los sistemas de salud son el producto de una serie de relaciones políticas, económicas e institucionales que se manifiestan mediante organizaciones, normas y servicios, administrados por las autoridades correspondientes y que buscan ser coherentes con la concepción de salud predominante en la sociedad (201). En Ecuador, la salud ha pasado de ser vista como un componente de la previsión social a convertirse en un derecho. Constitución de 2008: "Artículo 32". El Estado asegura el derecho a la salud... (202).

Con el fin de fortalecer la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), la OPS, desde 1988, sugiere que se desarrollos los Sistemas Locales de Salud (SILOS) en base a diez elementos: descentralización y desconcentración, reorganización del nivel central, participación social, intersectorialidad, readecuación de mecanismos financieros, desarrollo de un nuevo modelo asistencial, integración de programas preventivos y de control, fortalecimiento del poder administrativo, capacitación del personal sanitario e investigación (203).

Desde el año 2000 hasta el 2007, Ecuador tuvo cuatro presidentes, cada uno con una duración de aproximadamente dos años en el cargo. La crisis política y económica obligó a las fuerzas armadas a desconocer al gobierno y entregar la presidencia a los vicepresidentes. Estos últimos mantuvieron la dolarización pero no lograron “refundar la nación”.

Fueron hitos en el mencionado periodo, los siguientes acontecimientos y avances: la Ley del Sistema Nacional de Salud 2002, Congresos por la Salud y la Vida 2002 y 2004, incremento de beneficiarios de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, conformación y funcionamiento de los Consejos Cantonales Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS) para garantizar la calidad de los prestadores y aseguradoras. Diseño e implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural MAIS-FCI, que va más allá de la atención a la enfermedad, y procura centrarse en las personas, sus familias, sus comunidades y sus necesidades de salud, con enfoque intercultural, e integral (promoción, prevención, recuperación y rehabilitación), que se constituyó en el eje ordenador de la reforma del sector salud (204).

El MAIS consta de cuatro elementos: Provisión, gestión, organización y financiación incluyen los principios de la Atención Primaria en Salud Renovada. Estableció una nueva organización territorial: Zonas, distritos y circuitos; se establecieron los servicios en una red pública integral de salud (MSP, IESS, ISSFA, ISSPOL y GADS) y una red provincial de salud. Según la Ley Orgánica de Salud 2006, se implementó el AUS en tres ciudades: Quito, Guayaquil y Cuenca, mediante un acuerdo con sus respectivos municipios (205).

A partir de convocar a una nueva Constitución, que entró en vigencia en octubre del 2008, se inicia el proceso de Transformación del Sector Salud en el Ecuador, que contenía 7 ejes:

1. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional,
2. Administración y Gestión del SNS,
3. Modelo de Atención integral y red de servicios públicos de salud,
4. Financiamiento del SNS.
5. Control y Monitoreo del SNS.
6. Sistemas de Gestión de Información en Salud
7. Participación ciudadana y control social. (5)

Otros avances fueron la recuperación de la rectoría, separando esta función de la de prestador a través de dos viceministerios el de Gobernanza y el de Atención Integral a la Salud. Se crea además dos agencias reguladoras: la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA) para productos de uso y consumo humano y la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS) para garantizar la calidad de los prestadores y aseguradoras. Diseño e implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural MAIS-FCI, que va más allá de la atención a la enfermedad, y procura centrarse en las personas, sus familias, sus comunidades y sus necesidades de salud, con enfoque intercultural, e integral (promoción, prevención, recuperación y rehabilitación), que se constituyó en el eje ordenador de la reforma del sector salud (204).

En aquel entonces, se contrataron más de 4.500 trabajadores sanitarios, lo que equivale a 32 profesionales por cada diez mil habitantes, superando las sugerencias de la OPS. Esto se logró mediante diversas tácticas, como el plan retorno para aquellos profesionales que estaban en el exterior y el bono geográfico, entre otras. (5, 29). A pesar de que no se alcanzó el 4% del PIB en salud, la inversión aumentó cada año hasta el 2017. Se destinó principalmente a la infraestructura de hospitales y centros sanitarios.

A pesar de que el presupuesto de salud creció significativamente, no se tradujo en una protección financiera para los pacientes debido a que el gasto de bolsillo continúa igual. Además, no tuvo un impacto en la modificación de indicadores como la mortalidad infantil, la desnutrición crónica o el embarazo adolescente.

En 2017, se siguió más bien una línea neoliberal que se evidenció en el recorte de gastos en salud y educación, la disminución del tamaño del Estado, la fusión de ministerios establecidos por el gobierno anterior (lo cual significó que varios funcionarios públicos fueron despedidos) y el aumento de la deuda. A lo largo de la pandemia de COVID-19, se enfrentaron diversas dificultades, como la segmentación y fragmentación, recursos públicos para la salud que eran escasos y una economía poco favorable. Todo esto influyó en cómo se respondió a la crisis sanitaria, económica y social, además de que los ministros de salud fueron inestables (hubo cinco durante el periodo).

Un nuevo gobierno asume en el 2021 y, como éxito principal en el ámbito de la salud, resalta que la vacunación ha permitido reducir los casos de COVID-19 en el país, alcanzando a más del 80% de la población con la pauta

completa. Los asuntos relacionados con la salud que se han destacado en el Plan Nacional de Desarrollo son: garantizar el acceso a las vacunas para todos, perfeccionar las condiciones para que el derecho a la salud integral sea ejercido, fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva, combatir todas las formas de malnutrición, especialmente la desnutrición crónica infantil; actualizar el sistema público de salud para asegurar servicios de calidad; prevenir el uso de drogas e implementar servicios y atención rehabilitadores; y promover el tiempo libre dedicado a actividades deportivas. (200).

Legislación y derechos relacionados con la salud

La base de todos los instrumentos jurídicos que se puedan producir en Ecuador, es el artículo 32 de la Constitución del 2008 establece el acceso continuo, adecuado y sin discriminación a programas, servicios y acciones que promuevan la salud integral, así como la salud sexual y reproductiva (202).

La idea de salud ha cambiado, pasando de cuidar directamente la enfermedad a adoptar estrategias más integrales en el ámbito sanitario. Estas estrategias incluyen promover la salud, prevenir enfermedades, atenderlas directamente y rehabilitarse, lo cual está relacionado con el derecho al agua, a la alimentación, a la educación, a la cultura física, al trabajo, a la seguridad social y a vivir en entornos saludables (202).

La Constitución de 2008 también incluye la interculturalidad, la eficacia, la precaución y la bioética, teniendo en cuenta el género y las generaciones. El principio de interculturalidad se evidencia al afirmar en el artículo 360 de la Constitución del 2008 que el Sistema de Salud fomentará la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. Asimismo, se manifiesta en el numeral 4 del artículo 363: “Asegurar los métodos de salud ancestral y alternativo a través del reconocimiento, respeto y promoción de la utilización de sus saberes, medicamentos e instrumentos”.

Desde la Constitución del 2008, el Ecuador no tiene una Ley Orgánica de Salud actualizada, la que está en vigencia es la del 2006, modificada en el 2015 (205). Debido a que en el año 2020, el gobierno de turno bloqueó por completo el Código Orgánico de Salud por vacíos técnicos y científicos, lo cual fue considerado “decepcionante” por expertos de la Organización de las Naciones Unidas porque representaba una oportunidad para avanzar en la igualdad de género y mejorar la legislación general del derecho a la salud. Se reestructuró territorialmente, reduciendo el número de distritos a escala nacional.

Desafíos en la implementación de políticas de salud pública

Los desafíos más importantes que enfrenta Ecuador al poner en marcha políticas de salud pública son complejos y están vinculados a cuestiones económicas, de gestión y estructurales. Esto se refleja en la carencia crónica de medicinas y suministros, así como de infraestructura y abastecimiento: En los hospitales y centros de salud públicos es un problema que se repite y es grave. La escasez que incide de manera directa en la calidad de la atención se ve favorecida por los procesos de compra inefficientes, la falta de transparencia y, a veces, la corrupción.

Además, el deterioro y la falta de infraestructura son evidentes. Numerosas unidades de salud, en particular las del primer nivel de atención, carecen de infraestructura y equipamiento adecuados o suficientes para satisfacer la demanda. Obstáculos geográficos de acceso: En las grandes ciudades hay una concentración más alta de unidades de alta complejidad y personal especializado, lo que deja a las áreas rurales y periféricas con un acceso restringido a buenos servicios de salud.

Hay problemas importantes de administración y financiamiento. Existe una incertidumbre en la inversión y estabilidad financiera, que aparecen a pesar de que existen garantías en la constitución, la inversión en salud no siempre es suficiente ni consistente, lo cual amenaza el acceso universal y gratuito a la atención. También hay que afrontar y superar las gestiones inefficientes. Los procedimientos administrativos son inefficientes, particularmente en la compra de bienes y servicios, porque son lentos y burocráticos. El frecuente cambio de ministros y de las más altas autoridades del sector público de salud produce la carencia de continuidad y coherencia en las estrategias y planes a largo plazo.

La calidad del servicio y la moral se ven afectadas por los sueldos bajos, la inestabilidad laboral o los contratos precarios de los trabajadores de la salud (médicos, enfermeras, etc.). La mayoría de los médicos especialistas se agrupan en las grandes ciudades, lo que genera una distribución del talento humano que no es equitativa. El Sistema Nacional de Salud está integrado por diversas redes (Policía, Fuerzas Armadas, IESS y Ministerio de Salud Pública) que frecuentemente no están conectadas entre sí o tienen políticas distintas, lo cual obstaculiza que el paciente reciba una atención continua e integral.

Ecuador afronta una “doble carga de enfermedad”, pues las enfermedades infecciosas se potencian con los problemas asociados a la pobreza, al igual que la proliferación de casos de dengue (una enfermedad transmitida

por vectores) o la desnutrición crónica infantil. También son notables los casos de enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión, la obesidad y la diabetes, vinculadas a modos de vida contemporáneos. Es complicado llevar a cabo políticas sin tratar los elementos que afectan la salud de la población, como son el saneamiento básico, la falta de agua potable, la pobreza, la educación y la seguridad alimentaria.

Para superar estos retos, es necesario llevar a cabo una reforma estructural integral que asegure la transparencia en la administración de recursos, mejore la atención primaria de salud y atienda las desigualdades geográficas y sociales.

SALUD INTEGRAL:

uniendo profesiones, salvando vidas

Bibliografía



1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS de Alma Ata. Informe Ejecutivo disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>. OMS; 1978.
2. Hurtado, et al. Salud plena e integral: un concepto más amplio de salud. Revista de la Asociación Médica Argentina. 2021; 134(1 Disponible en <https://eliashurtadohoyo.org/wp-content/uploads/2021/04/Salud-plena-e-integral.pdf>): p. 19-27.
3. Rotondo M. Introducción a la bioética. Revista Uruguaya de Cardiología. 2017 Diciembre; 32(3 DOI: <https://doi.org/10.29277/ruc/32.3.4>).
4. Declaración de Derechos del Paciente. Declaración. Washington Disponible en [http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n\(5-6\)p642.pdf](http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n(5-6)p642.pdf): Asociación Americana de Hospitales; 1973.
5. OMS-UNICEF. Marco operacional para la atención primaria en salud. Marco operacional Disponible en <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3dc3f3d6-85e3-48fa-87bd-2cb5a4386bd5/content>. Ginebra: OMS-UNICEF; 2021.
6. Ecuador AMNd. Código de Etica medica del Ecuador. Código Disponible en <https://es.scribd.com/doc/54896456/Codigo-de-Etica-Medica-1992-Ecuador>. Cuenca: Federación Médica del Ecuador; 1985.
7. enfermeros FEdey. Codigo de Etica Federacion Ecuatoriana de Enfermeras. Código de ética. Quito: Federación Ecuatoriana de enfermeros y enfermeras; 2019.
8. Cassirer E. Filosofía de las formas simbolicas México: Fondo de Cultura Económica; 1985.
9. Foucault M. Las palabras y las cosas México: Siglo XXI; 1981.
10. Mardones J. Filosoña de las ciencias humanas y sociales Barcelona: Anthropos; 1994.
11. Basarab, N. et al. Filosofia.org. [Online]; 2025. Available from: <https://www.filosofia.org/cod/c1994tra.htm>.
12. García, et al. Conocimiento de enfermería sobre sostenibilidad. Revisión sistemática. Revista Sanitaria de Investigación. 2023 Septiembre;(Disponible en <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/conocimiento-de-enfermeria-sobre-sostenibilidad-revision-sistematica/>).

13. Luque O. La responsabilidad enfermera en la sostenibilidad ambiental. Tesis doctoral. Cordoba: Universidad de Córdoba, Doctorado en biomedicina; 2023.
14. Macías, et al. ESTRATEGIA METODOLÓGICA PARA FORTALECER EL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO: UNA EXPERIENCIA EN LA FORMACIÓN PROFESORAL. Observatorio de las ciencias sociales en Iberoamérica. 2021 diciembre; 17(1 Disponible en <https://www.eumed.net/uploads/articulos/0317125caf56e263a-30551d594981b98.pdf>).
15. Mendoza, et al. La comunicación en salud y la necesidad de integración interdisciplinaria. Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud. 2021 Enero; 32(3 Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/acimed/aci-2021/aci213k.pdf>).
16. Betancourt, et al. La cultura en el escenario docente para la formación interdisciplinaria, integral y culta de los profesionales de la salud. Revista cubana de medicina. 2022 Agosto; 61(4 Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10053058>).
17. Campos, et al. Importancia del manejo multidisciplinario en el paciente con cáncer de tiroides diferenciado. Ciencia Latina. Revista Multidisciplinar. 2023 febrero; 7(1 DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.5177).
18. Cordeiro, et al. Actuación del equipo multidisciplinario en salud pública. OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA. 2024; 22(2 DOI: <https://doi.org/10.55905/oelv22n2-215>).
19. LeviStrauss C. Arte, lenguaje, etnología Buenos Aires: Siglo XXI editores; 1977.
20. LeviStrauss C. Mito y significado Madrid: Aianza Editorial; 1990.
21. Bellingxton, et al. Los retos de la promoción de la salud en una sociedad multicultural: revisión narrativa de la literatura. Anales Sis San Navarra vol.37 no.3 Pamplona sep./dic. 2014. 2014 Septiembre-diciembre; 37(3 <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272014000300009>).
22. Gualima, R. La enfermedad en las comunidades ashéninkas el suso y el choque de aire. Amazonía peruana. 2021 Julio ; 34(1 DOI: <https://doi.org/10.52980/revistaamazonaperuana.vi34.259>).

23. Camphina, B. et al. A framework for providing culturally competent health care services in managed care organizations. *Journal of Transcultural Nursing*. 1999 febrero; 10(1) Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=418856&pid=S1137-6627201400030000900036&lng=es).
24. Smit, E., Tremethick, M.. Development of an international interdisciplinary course: A strategy to promote cultural competence and collaboration.. *Nursery Education Practice*. 2013 Octubre; 13(1) Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=418864&pid=S1137-6627201400030000900040&lng=es).
25. Rubio, et al. Multiculturalidad en salud: epidemiología sociocultural. *Enfermería en Cardiología*. 2019; Año XXVI (78). 2019 Octubre; 26(78) Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7444226>).
26. Mena J. La salud como sinergia: Desafíos globales y datos para la reflexión: Universidad de Huelva; 2025.
27. Pérez, et al. Modelo sinérgico de salud: una integración de la salutogénesis y el modelo de activos para la salud. *Global Health Promotion*. 2023 FEBRERO; 30(4 DOI: <https://doi.org/10.1177/17579759231160168>).
28. Lajes, et al. El trabajo colaborativo interprofesional en el proceso de formación profesional en salud. *Humanidades Médicas..* 2021 Octubre; 21(3) Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v21n3/1727-8120-hmc-21-03-951.pdf>).
29. Dartigelongue, et al. La comunicación en los equipos de salud. *Archivo Argentino de Pediatría*. 2021; 119(6) Disonible en https://sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2021/2021_119_6.pdf#page=151).
30. Ramos, et al. Aprendizaje experiencial en la formación interprofesional en salud sobre enfermedades crónicas no transmisibles: una evaluación ex-post-facto. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 2025;59:e20240300. 2025 febrero; 59(<https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0300es>).
31. Brito, et al. Coordinación del cuidado en la Atención Primaria de Salud: un análisis desde múltiples contextos. *Salud Problema*. 2024 julio-diciembre; 18(36).

32. Maldonado, et al. Rol docente de la enfermera comunitaria en la mejora de la calidad de vida de grupos en situación de riesgo.. Revista Mexicana de Investigación e Intervención Educativa, 4(S1),. 2025; 4(1).
33. Fernández, A. MANUAL DOCENTE DE SALUD COMUNITARIA, PERFIL DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA Y EFICIENCIA DEL SISTEMA SANITARIO. Manual. Madrid: UVA Disponible en <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/73067/MANUAL%20DOCENTE%20%20DE%20SALUD%20COMUNITARIA.pdf?sequence=1> ; 2024.
34. Morales J. EL ROL ORIENTADOR DEL DOCENTE EN EL CONTEXTO COMUNITARIO. Revista Esañola de Orientación y Psicopedagogía. 2020 mayo-agosto; 31(2 <https://www.proquest.com/openview/2201529b0491c12f04f6b3a19305de74/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1596348>).
35. Echeita G. La educación del alumnado considerado con necesidades educativas especiales en la LOMLOE.. Avances En Supervisión Educativa. 2021; 35(1 DOI: 10.23824/ase.v0i35.721).
36. Vallejos, et al. Educación inclusiva: percepción de una comunidad.. Human Review. 2023; 17(2 DOI: 10.37467/revhuman.v12.4726).
37. Pedrero, et al. Desarrollo de un instrumento para medir competencia cultural en trabajadores de Salud. Rev Saúde Pública. 2020 Agosto; 54(29 Disponible en <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2020.v54/29/es>).
38. Rojas, et al. COMPETENCIA CULTURAL EN SALUD GLOBAL: DESAFIOS PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. REVISTA ENFOQUE. 2021 Enero- Junio; 28(24 Disponible en <https://revistas.up.ac.pa/index.php/enfoque/article/view/2161>).
39. Cabral P. Fortaleciendo la conexión entre los niveles de atención para una salud económicamente sostenible. Salud Mil. 2024 Abril; 43(1 DOI: 10.35954/SM2024.43.1.1.e101.).
40. Lazzaro, et al. Revisión crítica de la comunicación médico-paciente: agenda de investigación intercultural. Revista de Humanidades, 52 (2024). 2024 febrero; 52(1 DOI: : <https://doi.org/10.5944/rdh.52.2024.34072>).

41. Cid-Romero, et al. Aprendizaje-servicio como estrategia para la ciudadanía global. Creando sinergias entre centros sociolaborales y universidad.. Revista Iberoamericana De Estudios De Desarrollo. 2025 marzo; 34(1 https://doi.org/10.26754/ojs_ried/ijds.10445).
42. Mena F. La salud como sinergia: Desafíos globales y datos para la reflexión Huelva: Universidad de Huelva Disponible en https://books.google.co.ve/books/about/La_salud_como_sinergia.html?id=m_shEQAAQBAJ&redir_esc=y; 2025.
43. Lobaña, et al. El educador para la salud en la salud pública. Rev. Salud Pública. 22(5). 2020; 22(5): p. 556-559.
44. Del-Pozo F. Educación social para la salud: proyección, acción y profesionalización. Revista Mèdca Rizaralda. 2013 Febrero; 19(1 DOI: <https://dx.doi.org/org/10.22517/25395203.7881>.).
45. Franco G. Modelos de promoción de la salud y determinantes sociales: una revisión narrativa. Hacia la promoción de la salud. 2022 Abril; 27(2 DOI: 10.17151/hpsal.2022.27.2.17).
46. Hernández, et al. Etnoeducación: educación para la salud desde la diversidad cultural. MedUNAB. 2021 julio; 24(1 DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.3899>).
47. Veliz, et al. Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. Cad Saude Pública. 2019 Febrero; 35(1 <https://doi.org/10.1590/0102-311x00120818>).
48. Acar, et al. Conceptual Framework Regarding the Multicultural Education Competencies of Teachers. H. U. Journal of Education. 2015; 30(1 Disponible en https://www.researchgate.net/publication/279324029_A_Conceptual_Framework_Regarding_the_Multicultural_Education_Competencies_of_Teachers).
49. Ferrero E. Ethno-Education (Etnoeducación) in La Guajira, Colombia: Shaping Indigenous Subjectivities Within Modernity, Neoliberal Multiculturalism and the Indigenous Struggle.. Latin American and Caribbean Ethnic Studies. 2015 Septiembre; 10(3 DOI: <https://doi.org/10.1080/17442222.2015.1059542>).

50. Rueda, L. ; Vanegas, R. PRÁCTICAS CULTURALES Y CREENCIAS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD Y CUIDADO DE LA POBLACIÓN INDIGENA. Tesis de grado Disponible en <https://repository.ucc.edu.co/entities/publication/5eae2a14-cd63-401c-9938-80d54527f707>. Bogotá: Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Enfermería; 2024.
51. Torres M. La atención primaria de salud de Alma-Ata a Astaná, hacia la cobertura universal. *Enfermería Univ.* 2018;15(4):329-31. *Enfermería Universitaria.* 2018 Octubre; 15(4 DOI: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.4.547>).
52. Organización Mundial de la Salud. Carta de Otawa. [Online];, 1986 [cited 2025 septiembre 2. Available from: <https://www.enpocaspalabras.com.ar/promocion-de-la-salud/carta-de-ottawa-resumen/>.
53. Cruz, S.; Ospina, R.. Atención primaria en salud bucal colectiva. Una experiencia estudiantil en comunidades pijao de Ortega (Tolima, Colombia). *Revista de Ciencias Salud.* 2024 Febrero; 22(2 DOI: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.12431>).
54. Gámez, et al. Revisión sistemática de programas de intervención para promover hábitos saludables de actividad física y nutrición en escolares españoles. *ARCHIVOS LATINOAMERICANOS DE NUTRICIÓN.* 2022 octubre - diciembre; 72(4 <https://doi.org/10.37527/2022.72.4.007>).
55. La Rosa, et al. Análisis de la investigación en actividades físicas y su impacto en la salud pública: una evaluación integral. *Retos.* 2024 febrero; 60(1 Disponible en <https://pure.untumbes.edu.pe/es/publications/an%C3%A1lisis-de-la-investigaci%C3%B3n-en-actividades-f%C3%ADscas-y-su-impacto->).
56. Castellanos, et al. Efectos de la actividad física en la calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores con diabetes mellitus. Revisión sistemática de la literatura y meta análisis. *Retos.* 2023 Enero; 47(1 Disponible en <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/index>)).
57. Bermeo, et al. Impacto da telemedicina no acesso aos cuidados de saúde primários em áreas rurais. *Polo del Conocimiento.* 2025 mayo; 10(5 DOI: 10.23857/pc.v10i5.9618).

58. Inarejos M. Estudio de mercado para el desarrollo de una aplicación para personas con barreras lingüísticas y culturales. Tesis de grado Disponible en <https://oa.upm.es/83723/>. Madrid: Universidad Politécnica de Madrid, Escuela Técnica Superior de Ingenieros Industriales; 2024.
59. Avendaño, et al. LA INTERSECCIÓN DE LA TECNOLOGÍA Y LA TRADICIÓN: UN ANÁLISIS ETNOGRÁFICO DE LA INTEGRACIÓN DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LOS ALTOS DE CHIAPAS. Revista Euroamericana de Antropología. 2023 Diciembre; 14(1 DOI: <https://doi.org/10.14201/rea202314223239>).
60. García, et al. Barreras y facilitadores a la implementación de la telemedicina en las Américas. Revista Panamericana de Salud Pública. 2021 febrero; 45(1 DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.131>).
61. Barros, et al. Plano de Ação, Monitoramento e Avaliação da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2019-2023. Ministerio de Saude. Brasil. [Online].; 2023 [cited 2025 octubre 2. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-digital/material-de-apoio/PAMA_V511112020.pdf.
62. Sánchez, et al. Inteligencia Artificial aplicada al diagnóstico médico: una revisión actual. Vitalia. 2024 Abril-Junio; 5(2 DOI: <https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v5i2.183>).
63. Acs, et al. Artificial intelligence as the next step towards precision pathology. Journal International of Medicine. 2020 julio; 288(1 doi: 10.1111/joim.13030. Epub 2020).
64. Dey, et al. Artificial Intelligence in Cardiovascular Imaging: JACC State-of-the-Art Review.. Journal of American Coll Cardiology. 2019 Marzo; 73(11 doi: 10.1016/j.jacc.2018.12.054.).
65. Dilsician, et al. Artificial Intelligence in Medicine and Cardiac Imaging: Harnessing Big Data and Advanced Computing to Provide Personalized Medical Diagnosis and Treatment.. Curr Cardiology Rep. 2014 Enero; 16(1 doi: <https://doi.org/10.1007/s11886-013-0441-8>).
66. Gore J. Artificial intelligence in medical imaging. Magn Reson Imaging.. 2020 mayo; 68(1 doi: 10.1016/j.mri.2019.12.006.).
67. Johnson, et al. Precision Medicine, AI, and the Future of Personalized Health Care. Clinical Translational Science. 2021 Enero; 14(1 doi: 10.1111/cts.12884).

68. Organización Mundial de la Salud. La escasez mundial de medicamentos y vacunas y el acceso a ellos. Informe del director general Disponible en <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/33d1232b-53d2-46c6-b0c6-81e48e6a988e/content>. Ginebra: OMS; 71 Asamblea Mundial de la Salud; 2018.
69. Guo, et al. The Application of Medical Artificial Intelligence Technology in Rural Areas of Developing Countries. 2018 Aug 1;2(1):174-181. d. Health Equity. 2018 Agosto; 2(1 DOI: 10.1089/heq.2018.0037.).
70. Agrawal, et al. Exploring the impact of artificial Intelligence: Prediction versus judgment.. Inf Econ Policy 2019;1:1. 2019 Enero; 1(1 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.infoecopol.2019.05.001>).
71. Jiang, et al. Artificial intelligence in healthcare: past, present and future. Stroke Vasc Neurol.. 2017 Junio; 21(4 doi: 10.1136/svn-2017-000101.).
72. Organización Mundial de la Salud. mHealth: New Horizons for Health through mobile technologies: second global survey on eHealth. Informe Disponible en <https://iris.who.int/handle/10665/44607.10665/44607>. Ginebra: OMS; 2021.
73. Diaz J. Aplicaciones médico-sanitarias de la inteligencia artificial: una visión desde la práctica clínica. Anales de la Real Academia de Doctores de España. 2023 Octubre; 8(4 Disponible en https://www.rade.es/imageslib/PUBLICACIONES/ARTICULOS/V8N4%20-%202012%20-%20CON%20-%20DIEZ_IA%20medicina.pdf).
74. Alós, et al. La salud móvil en atención primaria. Nuevos desafíos en el desarrollo de soluciones para promover la actividad física y el bienestar. Atención Primaria. 2024 Marzo; 26(1 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102900>).
75. BSG Institute. Herramientas Esenciales: Transformación Digital en el Sector Salud. [Online]; 2025 [cited 2025 Octubre 7. Available from: <https://proceso-seleccion.bsginstitute.com/bs-campus/blog/herramientas-esenciales-transformacion-digital-en-el-sector-salud-1504#:~:text=Este%20art%C3%ADculo%20explora%20tres%20de%20estas%20herramientas%3A%20Sistemas,contribuye%20a%20la%20transformaci%C3%A7%20>
76. Enfermería Blog. Enfermería Blog. [Online]. [cited 2024 junio 15. Available from: <https://enfermeriablog.com/apps-enfermeria>.

77. blog cursosfnn. 10 Apps recomendadas para enfermeras. Aplicaciones para enfermería. [Online]. [cited 2024 Junio 15. Available from: <https://cursosfnn.com/blogcursosfnn/enfermeria-y-especialidades/10-apps-recomendadas-para-enfermeras/>.
78. Salusone. salusone. [Online]. [cited 2024 junio 15. Available from: <https://www.salusone.app>.
79. salud Castilla y León. Salud Castilla y León apps. [Online]; 2024 [cited 2024 junio 15. Available from: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/nanda-noc-nic>.
80. Organización Mundial de la Salud. WHO Constitution. [Online]; 1948 [cited 2025 octubre 10. Available from: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>.
81. Soriano J, Lumbreras S. La salud y sus conceptos en el siglo XXI. Razón y fe. April 2023 Abril; 287(1461 DOI: <https://doi.org/10.14422/ryf.vol287.i1461.y2023.001>).
82. Lumbreras S. Respuestas al transhumanismo: Cuerpo, Autenticidad y Sentido Madrid: Digital Reasons. Colección siglo XXI; 2020.
83. Homo Medicus. Salud global. [Online]; 2025 [cited 2025 octubre 10. Available from: <https://homomedicus.com/salud-global/>.
84. Guillén, et al. Salud ambiental y protección del medio ambiente: investigación y colaboración interdisciplinaria. Ocronos. 2024 Junio; 7(6 <https://revistamedica.com/salud-ambiental-proteccion-medio-ambiente/>).
85. Organización Mundial de la Salud. Los 13 desafíos mundiales de la salud en esta década. [Online]. [cited 2025 Octubre 10. Available from: <https://news.un.org/es/story/2020/01/1467872>.
86. Organización Panamericana de la Salud. Equidad y salud. [Online]; 2025 [cited 2025 octubre 10. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud>.
87. Organización Panamericana de la Salud. Diversidad cultural y salud. [Online]. [cited 2025 octubre 10. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/diversidad-cultural-salud>.
88. Editverse. Diversidad inclusiva y acceso a la atención médica con sensibilidad cultural. [Online]; 2025 [cited 2025 Octubre 10. Available from: <https://editverse.com/es/diversidad-inclusi%C3%B3n-acceso-a-la-atenci%C3%B3n-m%C3%A9dica-sensibilidad-cultural/>.

89. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. [Online]. [cited 2025 octubre 10. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.
90. Organización Mundial de la Salud. Cambio climático y salud. [Online]; 2025 [cited 2025 Octubre 10. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/cambio-climatico-salud>.
91. Torales, et al. Diseño de investigaciones: algoritmo de clasificación y características esenciales. Medicina clínica y social. 2023 Septiembre-Diciembre; 7(3 DOI: <https://doi.org/10.52379/mcs.v7i3.349>).
92. Hernández, S. et al. Metodología de la Investigación: McGraw Hill; 2019.
93. Ranganatahn, et al. An overview and classification.. Perspectives Clinical Research. 2018 Octubre; 9(4 https://doi.org/10.4103/picr.PICR_124_18).
94. Grimes, et al. An overview of clinical research: the lay of the land. The Lancet. 2002; 359(9300 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07283-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07283-5)).
95. Universidad de Valencia.. Diseño de tipo de estudios Valencia: Universidad de Valencia. ; 2023.
96. Jokstad A. Please do not feel bad, identifying the precise. .
97. Gordis, et al. Epidemiology Philadelphia: Elsevier; 2019.
98. Rodríguez N. La bioestadística y su papel en la investigación en salud. Revista Colombiana de estadística. 2003 junio; 26(1).
99. Lluberes P. Unidad, método y matematización de la naturaleza Caracas: CEPHE UCV; 2006.
100. Álvarez Cáceres R. Estadísticas aplicadas a las ciencias de la salud. primera ed. Santos EDd, editor. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2007.
101. Martín Mateo M, Herna Campos O, Nedel Borges F, Navarro A. Fundamentos de estadísticas en Ciencias de la Salud. primera ed. Barcelona UAd, editor. Barcelona: Universitat Autonoma de barcelona; 2010.
102. Morelato, et al. Interdisciplinariedad y salud: estudio bibliográfico. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2003 Agosto; 11(4 DOI:<https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000400016>).

103. Alcántara G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación. 2008 Junio; 9(1 DOI: <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>).
104. Collado E. Autocuidados y calidad de vida en pacientes enterostomizados. Tesis doctoral. Valencia: Universidad Cardenal Herrera, Departamento de Fisioterapia; 2014.
105. Bermejo J. Multidimensionalidad de la salud. Revista chilena de endocrinología y diabetes. 2024 Abril; 17(2 Disponible en https://revistasched.cl/2_2024/4.pdf).
106. Echeverría J. Pluralidad y diversidad cultural en investigación: aspectos metodológicos y éticos. Ponencia <https://n2t.net/ark:/13683/evo3/oga>. Buenos Aires: XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología., Facultad de Psicología; 2024.
107. Sánchez, et al. IMPACTO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA TRANSFORMACIÓN DE LA SANIDAD: BENEFICIOS Y RETOS. In Sánchez ea. Transformación digital en la empresa. Buenos Aires: El; 2022. p. 428-445.
108. Agencia de Innovación, Xunta de Galicia. El mejor camino en biotecnología. Estrategia de impulso a la biotecnología 2016-2020.. Informe oficial http://documentos.galiciainnovacion.es/Biotecnologia/EstrategiaImpulsoBiotecnologia2016_2020.pdf. Coruña: Xunta de Galicia., Agencia de Innovación,; 2016.
109. Márquez, et al. La evolución de la biotecnología en el campo de las patentes y su aplicación en los medicamentos biológicos. Dianas. 2021 Abril; 10(2 Disponible en <http://hdl.handle.net/10017/15181>).
110. Mayorga E. La Propiedad Intelectual de los medicamentos Biológicos. In Mayorga ea. Medicamentos biológicos. Quito: Fabricio GonzálezAndrade,; 2017. p. 249-268.
111. Urquhart L. Top companies and drugs by sales in 2020.. Nature Reviews Drug Discovery. 2021; 20(4 doi: 10.1038/d41573-021-00050-6).
112. Rodríguez, et al. Estado del arte de la Biotecnología. Estado del Arte Disponible en <https://www.ipn.mx/assets/files/coriyp/docs/inicio/bio/estado-arte-bio.pdf>. México: Red de Biotecnología Instituto Politécnico Nacional; 2016.

113. Salcedo A. Estrategias para la formación interdisciplinaria en el área de Ciencias de la Salud. Informe Disponible en http://www.innovacesal.org/micrositio_redic_2014/redic_2014_4_rep_gpo_salud_interdis.pdf. Bogotá: Red innovacesal, Universidad Santiago Nariño; 2014.
114. Torres J. Globalización e interdisciplinariedad: el currículo integrado. Madrid: Morata; 2006.
115. Van del Linde G. ¿Por qué es importante la interdisciplinariedad en la educación superior? Cuadernos de Pedagogía Universitaria. 2007; 4(8).
116. Sotolongo, P. L., Delgado, C. J. La complejidad y el diálogo transdisciplinario de saberes. In Sotolongo PL,DCJ. La revolución contemporánea del saber y la complejidad social.. Buenos Aires: CLACSO; 2006. p. 65-77.
117. Velásquez, et al. Perfil de la competencia de promoción y prevención de la salud en estudiantes de Medicina. Correo Científico Médico (CCM). 2023 Septiembre; 27(3 <https://doaj.org/article/14d2b-3d02d37409fac0756f78fd4af37>).
118. Quintero, et al. La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria.. Medicentro Electrónica. 2017 abril-junio; 21(2 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432017000200003).
119. Machado, et al. Competencias, currículo y aprendizaje en la universidad. Motivos para un debate: Antecedentes y discusiones conceptuales. EDUMECENTRO. 2020 Enero - marzo; 11(1 http://www.scieno.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742019000100218).
120. Torres, et al. La cultura en el escenario docente para la formación interdisciplinaria, integral y culta de los profesionales de la salud. Revista Cubana de Medicina. 2022 Octubre- diciembre; 61(4 Disponible en <https://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/2757>).
121. Pérez C. Nuevo patrón tecnológico y educación superior: una aproximación desde la empresa. In Pérez C. Retos científicos y tecnología. Caracas: UNESCO; 1992. p. 112-140.

122. Cortés M. Sobre Inteligencia Artificial, enfermería, ciencias biomédicas y educación. Revista Cubana de Enfermería. 2024 Julio; 40(1) Disponible en https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttex&pid=SO864-03192024000100017).
123. Perona G, al e. La Inteligencia Artificial y sus beneficios en la atención a la salud. Diagnóstico. 2023 Octubre- Diciembre; 62(4 DOI:<https://doi.org/10.33734/diagnostico.v6i4.482>).
124. Herrera K. Tendencias de la formación de competencias técnicas en el futuro profesional de enfermería. Conecta Libertad. 2022; 7(3): p. 62-68.
125. Tobon S. Formación basada en competencias. Pensamiento complejo, diseño curricular y didáctica: ECOE Editores; 2007.
126. Gavilanes, F. et al. Desarrollo epistemológico de la Enfermería. Polo del Conocimiento. 2022; 7(5): p. 1554-1565.
127. Betancur CL. Gerencia del cuidado hospitalario. 2nd ed. Colombia: EcoeEdiciones; 2011.
128. Medina S. El aprendizaje cooperativo y sus implicancias en el proceso educativo del siglo XXI. Innova. 2021 Mayo-Agosto; 6(2 DOI: <https://doi.org/10.33890/innova.v6.n2.2021.1663>).
129. Libedinsky M. La innovación educativa en la era digital. Pensar y hacer la educación México: Paidos; 2016.
130. Universidad Espíritu Santo. www.uees.edu.ec. [Online];, 2021. Available from: <https://www.uees.edu.ec>.
131. Márquez S, Puente A. Competencias del personal sanitario en atención primaria de salud (APS renovada) en poblaciones indígenas: una revisión sistemática cualitativa. Tesis de grado. Lima: UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS , Facultad de Ciencias de la Salud; 2022.
132. Organización de las Naciones Unidas. Los pueblos indígenas y el sistema de derechos humanos de las Naciones Unidas. Informe ejecutivo. New York: Organización de las Naciones Unidas; 2013.
133. Banco Mundial. Pueblos indígenas. [Online];, 2018 [cited 2025 Octubre 12. Available from: <https://www.bancomundial.org/es/topic/indigenouspeoples>.

134. Cevallos R, Amores A.. Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas.. Informe ejecutivo. Lima: Organización Panamericana de la Salud, Area Tecnol Aten Salud E Investig Programa Reg Salud Los Pueblos Indígenas; 2009.
135. Maica, et al. Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región huanuco.. Revista Peruana Medicina Experimental y Salud Pública. 2009 Abril; 26(2).
136. Muñoz S. Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009. ;39–44.. Revista Universitaria Santander. 2012 abril; 39(44).
137. OPS/OMS. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal a la salud. iINFORME EJECUTIVO <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28276/CD535-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>. OPS/OMS; 2014.
138. Artaza, et al. Atención integrada y educación interprofesional en salud. Cuadernos de Medicina Social. 2024 Abril; 64(2 DOI: <https://doi.org/10.56116/cms.v64.n.2.2024.1988>).
139. OPS/OMS. REEdes integradas de servicios de salud Conceptos, opciones de política y hojas de ruta para su implementación en las Américas. Informe ejecutivo disponible en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF>. Washington: OPS/OMS; 2010.
140. OPS/OMS. Política sobre atención integrada para mejorar los resultados de salud. ; 2022.
141. Fortuño, et al. Desarrollo de políticas para la inclusión sanitaria. Ocronos. 2025 abril; 8(4 Disponible en <https://revistamedica.com/desarrollo-politicas-inclusion-sanitaria/>).
142. Martínez E. La cooperación internacional en salud, su desarrollo y relación con el Sistema Nacional de Salud. Información para directivos de la Salud. 2021 Abril; 34.
143. Nervi L. De los Procesos de Cooperación Internacional en Salud y sus Problemas. DIVERSITATES International Journal. Revista de saúde coletiva e bioética. 2014 abril; 6(1 Disponible en file:///C:/Users/JOSEAN~1/AppData/Local/Temp/53-93-1-SM-2.pdf).

144. P. B, J. F. Critical essay on international cooperation in health. RECI-IS –Eletr Review of Comunication Innovation Health. 2010; 4(1).
145. Kickbush, et al. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. Bull of the World Health Organization.. INforme ejecutivo <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636243/>. Bélgica: WHO; 2019.
146. OPS. La Cooperación Sur-Sur y triangular en el sector de la salud en Iberoamérica. Ejecutivo disponible en <https://www.informesursur.org/wp-content/uploads/2017/04/OPS-SEGIB-Cooperacion>. New York: OPS; 2017.
147. Brito. La cooperación internacional en salud, tendencias y dilemas en la era de la salud global.. Revista Cubana Salud Pública. 2014; 40(1 Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662014000100011&lng=es).
148. Alonso, et al. El papel del laboratorio clínico en la medicina personalizada: situación actual y retos futuros. Revista del Laboratorio Clínico. 2018 Octubre- Diciembre; 2(4 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.labcli.2017.11.006>).
149. Ceferino, et al. La importancia de los idiomas en el entorno sanitario. Ocronos. 2024 Diciembre; 7(12 Disponible en).
150. Kickbush, I.. Promoción del Programa de Salud Mundial. [Online]. [cited 2025 Noviembre 6. Available from: <https://www.un.org/es/chronicle/article/promocion-del-programa-de-salud-mundial>.
151. Montero M. Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. : Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina. ; 2004.
152. Wiesenfeld E. Paradigmas de la Psicología Social Comunitaria. In Montero ea. Psicología Social Comunitaria. Guadalajara: Universidad de Guadalajara,; 2014. p. 15-31.
153. Ardila S, Stolkiner A. Estrategias de evaluación de programas y servicios de atención comunitaria en salud mental: consideraciones metodológicas. Ponencia. Buenos Aires: Primer Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología , Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.; 2009.
154. Lapalma A. El escenario de la intervención comunitaria. Revista de Psicología. 2001; 10(2).

155. Montero M. La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 1984; 16(1).
156. de Lellis M. PSICOLOGÍA Y POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES. PSIENCIA. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. 2010; 2(2).
157. Parra M. Articulaciones entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria: un desafío actual para la salud mental en el contexto de la atención primaria de la salud. *Revista Nacional Salud Pública*. 2016 Febrero; 34(1 DOI:10.17533/udea.rfnsp.v34n1a04).
158. González, et al. Descripción del rol autopercibido del psicólogo y sus implicancias en los procesos de formación de pregrado. *Psicoperspectivas*. 2014 Octubre; 13(1 DOI: <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue1-fulltext-296>).
159. Perrota G. El Rol del Psicólogo en el Equipo Interdisciplinario de Salud.. Cuerpo y Subjetividad.. 2014.
160. Bang, et al. Entre “lo clínico” y “lo comunitario”: tensiones de las prácticas profesionales de psicólogos/as en salud. *Revista de Psicología*. 2020 Enero; 19(1 DOI: <https://doi.org/10.24215/2422572Xe041>).
161. Mocha, et al. El rol del psicólogo en el ámbito de la salud comunitaria. *Revista Sociedad & Tecnología*,. 2025; 8(2): p. 369-381.
162. Forero, et al. Maltrato a las personas mayores: una revisión narrativa. *Univ. Med.* 2019; 60(4 DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed60-4.malt>).
163. World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice.. Ejecutivo. New York: WHO; 2004.
164. Patel, et al. Grand challenges: integrating mental health services into priority health care platforms. *PLoS Medicine*,. 2013 Abril; 10(5).
165. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Ejecutivo. New York: WHO; 2013.
166. Petersen, et al. Promotion, prevention and protection: interventions at the population- and community levels for mental, neurological and substance use disorders in low- and middle-income countries. *International Journal of Mental Health Systems*. 2016; 10(30).

167. Thornicroft, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health related stigma and discrimination. *The Lancet*,. 2016; 387(10023).
168. Chisom, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety global return on investment analysis. 3(5),. *The Lancet Psychiatry*. 2016; 3(5).
169. Jorm, et al. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*,. 2019; 166(4).
170. Marcat, et al. Estrategias de promoción de la salud mental en entornos de atención primaria. *Revista UniNorte Medicina*. 2024; 12(3 DOI: 10.5281/zenodo.14094359).
171. Avendaño P. SALUD MENTAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO – DEGENERATIVAS UN ACERCAMIENTO A ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS. RECIE fec uas. 2024 Enero - Junio; 1(1 Disponible en Revista online: <https://revistas.uas.edu.mx/index.php/RECIE/index>).
172. Carrizo, et al. Impacto de la presencia de depresión y ansiedad en pacientes con artritis psoriásica. *Revista Argentina de Reumatología*. 2022; 33(2 DOI: <https://doi.org/10.47196/rar.v33i2.650>).
173. Casañas R, Lalucat L. Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y lucha contra el estigma: estrategias y recursos para la alfabetización emocional de los adolescentes.. *Revista de Estudios de Juventud*. 2018; 121(1).
174. Menendez D. El ejercicio físico y sus beneficios psicológicos en adolescentes: Revisión sistemática. *Mentor*. 2025 enero; 4(10 DOI: <https://doi.org/10.56200/mried.v4i10.9172>).
175. Moreno A. Actividad física, deporte y beneficios psicológicos en adolescentes. Tesis de maestría <http://hdl.handle.net/11000/27377>. Alicante: Universidad Miguel Hernández de Elche, , Departamentos de la UMH: Ciencias del Deporte. ; 2018.
176. Gallegos, et al. Intersecciones entre la salud mental y la actividad física: revisión de beneficios y mecanismos neurofisiológicos. *Revista Científica De Salud Y Desarrollo Humano*. 2024 Abril; 5(2 DOI: <https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v5i2.137>).

177. Vinagre, et al. Motivación y TIC como reguladores de la actividad física en adolescentes: una revisión sistemática.. Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación. 2021 Noviembre; 42(1 Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7986377>).
178. Osina, et al. Actividad física y trastornos del estado de ánimo en estudiantes universitarios.. Revista de Psicología. 2022; 14(1 Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8935299>).
179. Ryff, M. EScala de bienestar psicológico de Ryff. Manual. [Online]. [cited 2025 Noviembre 2. Available from: https://kupdf.net/download/escala-de-bienestar-psicologico-de-ryff-manual_5af31a17e2b6f5f90b1db199.pdf.
180. Ruesta A. ESTRATEGIAS COGNITIVAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL Y BIENESTAR PSICOLOGICO EN PRACTICANTES PROFESIONALES EN LA MODALIDAD DE INTERNADO HOSPITALARIO, CHICLAYO 2020. Tesis de grado. Chiclayo: UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO, FACULTAD DE MEDICINA; 2021.
181. Gálvez, et al. La felicidad como predictor del rendimiento académico de los estudiantes universitarios. Un análisis comparativo entre México y España. CAURIENSIA. 2019 Febrero; 14(1 Doi: <https://doi.org/10.17398/2340-4256.14.407>).
182. Hernández, et al. FELICIDAD, OPTIMISMO Y AUTORREALIZACIÓN EN ESTUDIANTES DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SUPERIOR PARA ADULTOS. Interdisciplinaria. 2017 Abril; 34(2 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18054403005>).
183. Palma, et al. El estado emocional en el rendimiento académico de los estudiantes en Portoviejo, Ecuador. Dominio de las ciencias. 2020 junio; 6(2 DOI: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v6i3.1207>).
184. Cruz, et al. Ética y salud pública Madrid: Plaza y Valdés ; 2025.
185. Camps, et al. An ethics training specific for European public health. Public Health Reviews,, 2015 Mayo; 36(6 DOI: <https://doi.org/10.1186/s40985-015-0008-x>).

186. Burcher, et al. Variability in public health ethics education in EU-PHA and ASPHER members.. [Online]. [cited 2025 Noviembre 3. Available from: https://www.fph.org.uk/media/3633/fph_ethics_report_08_22-1.pdf.].
187. Intemann, K.; de meLo-martín, I. On masks and masking: epistemic harms and science communication. 2023(3), 93.. *Synthese*. 2023; 93(1 doi: <https://doi.org/10.1007/s11229-023-04322-z>).).
188. marmot M(. Evidence based policy or policy-based evidence?. *BNJ*. 2004; 328(1 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7445.906>.).
189. Taylor, et al. The ethics of public health research: moral obligations to communities. In Kris ea. *International Encyclopedia of Public Health*. New York: Academic Press doi: <https://doi.org/10.1016/B978-012373960-5.00114-3>; 2008. p. 498-503.
190. Segura J. Epidemiología mestiza.. *Gaceta Sanitaria*. 2007; 21(1 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(07\)71977-5](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(07)71977-5).).
191. Tacumá, et al. La relación entre bioética y Salud Pública. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 2021 Diciembre; 21(2 DOI: <https://doi.org/10.18359/rlbi.5020>).
192. Waitzkin H. Medicina y salud pública al final del imperio Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2013.
193. Kottow M. Bioética en salud pública: Una mirada Latinoamericana. Brasilia: Editorial Universitaria disponible en <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n10/1678-4464-csp32-10-e00114716.pdf>; 2014.
194. Callahan-Daniel J. Ethics and public health: forging a strong relationship. *Ethics public heal*.. 2002 Marzo; 92(2 Disponible en https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/activities/02_biomedical_research_en/Guide/Guide_EN.pdf).
195. Sass H. El pensamiento bioético de Fritz Jahr 1927-1941. *Aesthethika*. 2011 noviembre; 6(2 Disponible en http://www.aesthethika.org/IMG/pdf/03_Sass_El_pensamiento_bioetico_de_Fritz_Jahr.pdf).
196. Muzur, et al. The real Wisconsin Idea: the seven pillars of Van Rensselaer Potter´s Bioethics. *Journal of Agricultural & environmental ethics*. 2016 Octubre; 29(1 doi: <https://doi.org/10.1007/s10806016-9621->).
197. Hottois G. ¿Qué es la bioética? Bogotá: : Editorial Kimpres; 2007.

198. Hottois G. Definir la bioética: retorno a los orígenes. Bogotá: Redalyc disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189222558005.pdf>; 2011.
199. Rueda, et al. Impact of the absence of the Colombian national council of Bioethics.. Revista latinoamericana bioetica. 2015 Abril; 15(2).
200. Inca-Ruiz G. EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DESDE 1979 HASTA 2022 EN ECUADOR. Revista Científica Digital. 2023 Mayo; 14(1) Disponible en <http://revistas.esepoch.edu.ec/index.php/cssn>).
201. Chang C. Evolución del sistema de salud de Ecuador. Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005-2014.. Anuario Facultad de Medicina. 2017; 78(4) Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/379/37954988015.pdf>).
202. República del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. ; 2008.
203. Organización Panamericana de la Salud. Resolución XV-XXXIII del Comité Directivo. Resoluciones. Washington D.C: OPS/OMS. ; 1988.
204. Espinoza, et al. La reforma en salud en Ecuador.. Rev. PanamSalu Pública. 2017 Diciembre; 41(1) Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34061>).
205. República del Ecuador. Ley Orgánica de la Salud. Ley. Quito: República del Ecuador; 2006.

SALUD INTEGRAL:

uniendo profesiones, salvando vidas



Publicado en Ecuador
Noviembre 2025

Edición realizada desde el mes de septiembre del 2025 hasta noviembre del año 2025, en los talleres Editoriales de MAWIL publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito.

Quito – Ecuador

Tiraje 30, Ejemplares, A5, 4 colores; Offset MBO
Tipografía: Helvetica LT Std; Bebas Neue; Times New Roman.
Portada: Collage de figuras representadas y citadas en el libro.