

Políticas públicas de salud frente a la exacerbación de factores de riesgo clínicos de la diabetes tipo 2. Una revisión de literatura

Public health policies to address the exacerbation of clinical risk factors for type 2 diabetes. A literature review

Giuliana SAMAME-AGUIRRE ¹

¹ Universidad Cesar Vallejo. Perú. E-mail: gsamame@ucvvirtual.edu.pe

RESUMEN

Este estudio analiza las políticas públicas de salud frente a la exacerbación de factores de riesgo clínicos de la diabetes tipo 2 mediante una revisión bibliográfica de literatura publicada entre 2015 y 2025. En 26 artículos científicos seleccionados, se identifican deficiencias en infraestructura, recursos humanos, cobertura y gestión intersectorial que profundizan desigualdades sociales y limitan la efectividad de intervenciones. Se concluye que fortalecer políticas preventivas, diseñar modelos inclusivos y considerar determinantes sociales resulta esencial para reducir la carga de la enfermedad.

Palabras clave: políticas públicas, salud comunitaria, diabetes mellitus, factores clínicos, prevención sanitaria

ABSTRACT

This study analyzes public health policies addressing the exacerbation of clinical risk factors for type 2 diabetes through a bibliographic review of literature published between 2015 and 2025. Twenty-six articles identify deficiencies in infrastructure, human resources, coverage, and intersectoral management that exacerbate social inequalities and limit the effectiveness of interventions. It concludes that strengthening preventive policies, designing inclusive models, and considering social determinants are essential to reducing the burden of the disease.

Keywords: public policies, community health, diabetes mellitus; clinical factors, health prevention

Recibido: 03/09/2025
Aprobado: 16/10/2025
Publicado: 30/01/2026

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud [OMS], (2024) destacó que atender los factores de riesgo clínicos de la diabetes tipo 2 es clave para frenar su progresión, mejorar la calidad de vida y reducir complicaciones como enfermedades cardiovasculares y renales, lo que también fortalece la productividad comunitaria (Federación Internacional de Diabetes [IDF], 2021). El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2022) señaló que las políticas preventivas disminuyen la elevada carga económica que generan las complicaciones de la enfermedad. La OMS (2024) añadió que ello permite liberar recursos para otras prioridades sanitarias, mientras que la IDF (2021) subrayó que políticas equitativas contribuyen a reducir desigualdades en el acceso a cuidado y prevención. Según el BID (2022), a nivel mundial, 462 millones de personas padecen diabetes tipo 2 (6,2 % de la población), con 4,2 millones de muertes anuales, agravadas por políticas ineficaces (OMS, 2024). La IDF (2021) informó que China, India y Estados Unidos concentran más de 220 millones de casos, y el BID (2022) advirtió que la falta de medicamentos, personal especializado y programas de prevención profundiza la morbilidad y mortalidad.

En Latinoamérica, la OPS (2023) reportó que 32 millones de personas padecen diabetes tipo 2, de las cuales el 39 % carece de atención médica continua, lo que se traduce en más de 280.000 muertes anuales vinculadas a la falta de control de enfermedades crónicas (BID, 2022). Según la OPS (2024), Brasil, México y Argentina concentran más de 17 millones de casos, reflejo de la debilidad estructural de los sistemas de salud, marcada por la escasa inversión en prevención y programas de control metabólico (OPS, 2023). En el Perú, el Ministerio de Salud [MINSA] (2023) informó que 1,2 millones de personas viven con diabetes tipo 2, de las cuales 420.000 no reciben controles regulares; cada año se registran 12.000 muertes agravadas por la falta de atención oportuna y medicamentos (EsSalud, 2023). Además, el Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2023) señaló que solo el 35 % accede a especialistas en endocrinología o nutrición, y el Sistema Integral de Salud [SIS] (2024) advirtió que la ausencia de políticas públicas sostenidas en prevención y tratamiento eleva la morbilidad y reduce la esperanza de vida de los pacientes.

El presente estudio se justifica por el incremento sostenido de la diabetes tipo 2 como problema prioritario de salud pública, especialmente en contextos donde las políticas gubernamentales no logran contener los factores de riesgo clínicos. En países de ingresos medios y bajos persisten vacíos en detección temprana, control de obesidad, regulación alimentaria y promoción de estilos de vida saludables. La débil articulación intersectorial, la baja inversión en prevención y la limitada capacitación del personal sanitario dificultan la gestión integral, mientras que las desigualdades sociales restringen el acceso a diagnóstico y tratamiento oportuno, favoreciendo complicaciones cardiovasculares, renales y metabólicas. Analizar esta problemática permite comprender cómo la ausencia o ineficacia de políticas específicas incrementa la carga sobre los sistemas de salud.

Este estudio adquiere relevancia al aportar evidencia para el diseño de políticas preventivas eficaces, la implementación de programas integrales de control y la promoción de un enfoque de salud pública que reduzca brechas de atención y mitigue el impacto de la diabetes tipo 2. La enfermedad no se explica solo por predisposición genética o hábitos individuales, sino también por determinantes sociales, económicos y culturales que deben abordarse desde las políticas públicas. Revisar cómo distintos países han implementado intervenciones frente a factores de riesgo como obesidad, hipertensión o dislipidemia permite identificar aciertos y limitaciones de sus estrategias. En este marco, el artículo contribuye al debate académico y práctico sobre la efectividad de las políticas de salud, proponiendo recomendaciones para fortalecer la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento integral. El objetivo es analizar críticamente las políticas públicas de salud frente a la exacerbación de factores de riesgo clínicos de la diabetes tipo 2, mostrando cómo las limitaciones estructurales, la gestión insuficiente y la débil articulación intersectorial afectan la eficacia de las intervenciones y repercuten en la equidad, la calidad de vida y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

1.1. Marco teórico

La Teoría de las Políticas Públicas constituye un marco clave para comprender el diseño, ejecución y evaluación de decisiones estatales orientadas al interés común. Harold Lasswell, a mediados del siglo XX, impulsó una visión interdisciplinaria basada en el análisis racional de los problemas sociales y en la participación de múltiples actores (St. Denny y Zittoun, 2024), en un contexto de fortalecimiento del Estado moderno y expansión de la protección social (Liquiti, 2024). Se reconoce que las políticas públicas no solo responden a demandas colectivas, sino que también reflejan estructuras de poder, prioridades ideológicas y dinámicas institucionales (Leiva-Peña et al., 2021). Desde este enfoque, es posible analizar cómo se construyen agendas gubernamentales, se distribuyen recursos y cómo las

intervenciones estatales impactan de manera diferenciada a distintos sectores sociales (Peters y Zittoun, 2024).

Bajo este enfoque, la educación y la salud se entienden como ámbitos estratégicos donde las decisiones públicas determinan la equidad y el acceso, especialmente en poblaciones vulnerables (Pronk et al., 2021). En línea con ello, la Teoría de la Salud Pública surge como respuesta a los desafíos colectivos de bienestar, superando el paradigma biomédico individualista e incorporando los determinantes sociales, económicos y ambientales. Sus fundamentos se remontan a Rudolf Virchow, quien sostuvo que la medicina debía concebirse como una ciencia social (Lange, 2021), en un contexto marcado por transiciones epidemiológicas, urbanización y crecientes brechas sanitarias (Tawde et al., 2024). Este enfoque plantea que la salud depende del contexto político y social, promoviendo la acción intersectorial, la prevención y el diseño de políticas estructurales que garanticen justicia sanitaria (de Gouveia et al., 2021).

La participación ciudadana, la vigilancia epidemiológica y la gestión eficiente de los sistemas sanitarios son claves para garantizar la equidad en salud (Idrovo, 2023), pues las políticas públicas sólidas constituyen condición para una salud pública equitativa, mientras que un sistema accesible refleja el éxito de las decisiones políticas (Taylor, 2022). Las políticas de promoción de la salud comprenden acciones, normativas y programas estatales orientados a mejorar condiciones de vida e incidir en determinantes sociales como educación, empleo, ambiente y servicios básicos (Woolhandler et al., 2021; Mosquera-Becerra et al., 2023). Estas políticas, sustentadas en integralidad, sostenibilidad y equidad, se articulan intersectorialmente para promover justicia social, participación comunitaria y autogestión del bienestar (Gao et al., 2021; Mosquera-Becerra et al., 2023), en consonancia con referentes internacionales como la Carta de Ottawa, que priorizó competencias individuales y colectivas en salud (Gao et al., 2021; Nutbeam y Muscat, 2021). Entre sus rasgos destacan la visión de largo plazo, la promoción de hábitos saludables y la integración de la salud en todas sus fases (Mosquera-Becerra et al., 2023), clasificándose en universales, dirigidas a toda la población; selectivas, para grupos vulnerables; y focalizadas, según criterios geográficos o epidemiológicos (Nutbeam y Muscat, 2021). Su eficacia depende de voluntad política, evaluación, financiamiento sostenido y coordinación institucional (Pronk et al., 2021). En este marco, la salud pública se entiende como el campo orientado a proteger y mejorar la salud colectiva mediante intervenciones basadas en evidencia (Shahim et al., 2023), que, a diferencia de la práctica clínica centrada en el individuo, aborda dimensiones biológicas, sociales, ambientales y conductuales, con el propósito de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover el bienestar físico, psicológico y social (Holt-Lunstad, 2022; Farias et al., 2023).

La salud pública integra funciones como vigilancia epidemiológica, control de brotes, inmunización, regulación sanitaria y promoción de la salud (Shahim et al., 2023), junto con la evaluación de políticas, la gestión de sistemas y la planificación estratégica basada en evidencia (Taylor, 2022). Estos elementos permiten afrontar retos como enfermedades crónicas, pandemias, inequidades y efectos del cambio climático (Holt-Lunstad, 2022), consolidándola como eje de gobernanza sanitaria al servicio del bien común (Iqbal y Zahidie, 2021). En este marco, las políticas públicas de promoción de la salud actúan como instrumentos prácticos de prevención y educación, mientras que la salud pública aporta la base científica y técnica que las respalda (Farias et al., 2023; Lobo-Rodríguez & Betancurth-Loaiza, 2020). Ambas dimensiones se retroalimentan, construyendo un modelo orientado al bienestar, la equidad y la sostenibilidad (Holt-Lunstad, 2022), lo que resulta esencial para garantizar el derecho universal a condiciones de vida saludables (Iqbal y Zahidie, 2021).

2. METODOLOGÍA

El presente estudio se realizó mediante una revisión bibliográfica de la literatura, con el propósito de analizar las políticas públicas de salud relacionadas con la exacerbación de los factores de riesgo clínicos de la diabetes tipo 2. Las búsquedas se llevaron a cabo en las bases de datos SciELO y Dialnet, utilizando combinaciones de palabras clave en español vinculadas a *políticas públicas de salud, diabetes tipo 2, factores de riesgo clínicos, prevención y sostenibilidad*. Tras la aplicación de los filtros y criterios establecidos, se seleccionaron 26 publicaciones científicas completas que cumplieran con los parámetros de inclusión.

Se incluyeron: a) estudios publicados entre 2015 y 2025, b) investigaciones cualitativas, cuantitativas, mixtas o revisiones sistemáticas, y c) artículos de acceso completo y pertinentes al objeto de estudio. Se excluyeron: a) reseñas narrativas sin rigor, capítulos de libros, actas de congresos y cartas al editor, b) publicaciones no vinculadas con políticas públicas o diabetes tipo 2, y c) documentos sin evidencia

empírica o sistemática. La búsqueda utilizó operadores booleanos (AND, OR) con cadenas como: "políticas públicas" AND "diabetes tipo 2" AND "factores de riesgo clínicos", "salud pública" AND "diabetes" OR "prevención" y "diabetes tipo 2" AND "políticas sanitarias". La selección se desarrolló en tres fases: revisión de títulos y resúmenes, análisis de textos completos y registro de inclusión/exclusión en una matriz de seguimiento para garantizar transparencia y trazabilidad.

Para la extracción de datos se elaboró una ficha de análisis con información sobre autor, año, país, metodología, base de datos, aportes en políticas públicas y principales resultados. La sistematización permitió establecer comparaciones temáticas, identificar patrones, diferencias contextuales y vacíos de conocimiento. La calidad metodológica se evaluó con los criterios del Joanna Briggs Institute, priorizando estudios con coherencia interna, aportes teóricos y empíricos sólidos y claridad metodológica. Posteriormente, los hallazgos de los 26 artículos seleccionados fueron sometidos a un proceso de análisis temático. Para ello, se codificaron los principales aportes y resultados identificados en cada estudio en la ficha de análisis, organizando la información en categorías preliminares vinculadas con infraestructura, recursos humanos, determinantes sociales, prevención, participación comunitaria y modelos de atención. Dichas categorías emergieron de manera inductiva tras la comparación de contenidos y fueron contrastadas con los objetivos de investigación, lo que permitió consolidarlas en seis ejes temáticos finales. Estos ejes —déficits en infraestructura y acceso sanitario; gestión de recursos humanos en salud; determinantes sociales y desigualdades; prevención y promoción de la salud; participación comunitaria y actores profesionales; y modelos de atención y calidad asistencial— constituyen la base para estructurar los resultados y discutir las tendencias más relevantes en la literatura revisada.

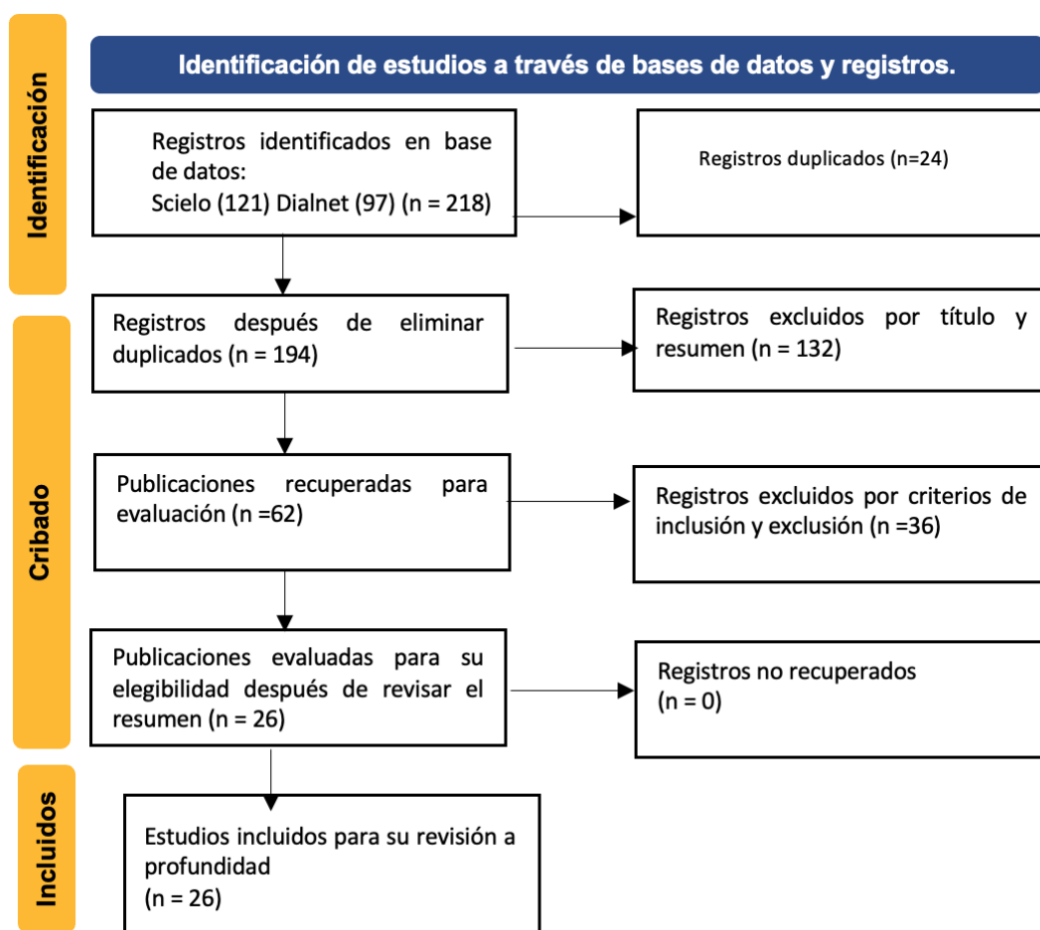


Figura 1 Flujo de identificación y depuración de artículos revisados

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Después de aplicar los criterios se seleccionaron 26 publicaciones completas para su análisis sistemático, como se aprecia en la Tabla 1.

Cuadro 1 Artículos científicos seleccionados para el análisis crítico del estudio

N°	Autor	Título del artículo	Metodología	País	Año	Base de datos
1	Soto (2019)	Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX	Revisión sistemática	Perú	2019	Scielo
2	Llanos et al. (2022)	Análisis de políticas públicas en salud: el caso de recursos humanos en el Perú	Revisión sistemática	Perú	2022	Scielo
3	Espinoza-Portilla et al. (2021)	Principales problemas en la gestión de establecimientos de salud en el Perú	Revisión sistemática	Perú	2020	Scielo
4	Saldías et al. (2022)	Participación de enfermería en políticas públicas: ¿por qué es importante?	Revisión sistemática	Chile	2021	Scielo
5	Lázaro & Saucedo (2024)	Impacto de la política pública sanitaria en las decisiones de un paciente grave de COVID-19	Mixta	México	2024	Scielo
6	De La Guardia & Ruvalcaba (2020)	La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria	Revisión sistemática	México	2020	Scielo
7	Vera-Viteri et al. (2022)	Impacto de las políticas públicas de salud en zonas rurales ecuatorianas	Revisión sistemática	Ecuador	2023	Scielo
8	Morales et al. (2025)	Primer nivel de atención en salud y sus implicaciones para la política pública: una revisión sistemática	Revisión sistemática	Perú	2025	Scielo
9	Landeros-Olvera et al. (2020)	Formulación de políticas públicas en salud durante la pandemia de COVID-19 en países americanos	Cualitativa	México	2020	Scielo
10	Ruiz & Ruiz (2024)	Políticas públicas en salud y su influencia en la calidad de vida de los pobladores de un distrito de Lima, 2023	Cuantitativa	Perú	2023	Scielo
11	Lozano-Ardila et al. (2018)	Aportes de la investigación a las políticas públicas en salud en el distrito capital 2010-2013	Revisión sistemática	Colombia	2018	Scielo
12	López (2017)	Una mirada reflexiva sobre gestión y salud pública desde el paradigma de la complejidad	Revisión sistemática	Venezuela	2017	Scielo
13	Davis-Carrillo et al. (2024)	Control en salud y determinantes sociales en diabetes tipo 2	Cuantitativa	Venezuela	2024	Scielo
14	Goic (2015)	El sistema de salud de Chile: una tarea pendiente	Cualitativa	Chile	2015	Scielo
15	García (2017)	Perspectivas histórico-sociales del paradigma de la salud	Revisión sistemática	Bolivia	2017	Scielo
16	Acero (2025)	La diabetes como un desafío para la salud pública: reflexiones desde el sureste de México	Revisión sistemática	México	2025	Dialnet
17	Jácome-dos Santos et al. (2022)	Medidas de promoción de la salud en personas con diabetes mellitus durante la COVID-19: una revisión integradora	Revisión sistemática	Brasil	2022	Dialnet
18	Miranda et al. (2023)	Políticas públicas de salud en la prevalencia de la diabetes gestacional en Chile (2002-2022)	Revisión sistemática	Chile	2023	Dialnet
19	Betancourt et al. (2023)	Manejo de diabetes mellitus tipo 2: vivencias de pasantes médicos	Cualitativa	Cuba	2023	Dialnet
20	Luna-Nemecio (2020)	Determinaciones socioambientales del COVID-19 y vulnerabilidad económica, espacial y sanitario-institucional	Cuantitativa	Perú	2023	Dialnet
21	Vicuña et al. (2023)	Abordaje y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en población pediátrica	Revisión sistemática	Ecuador	2023	Dialnet
22	Arredondo & García (2019)	Revisión y análisis sobre el modelo multidisciplinario de atención a la diabetes	Revisión sistemática	México	2019	Dialnet
23	García-Flores et al. (2021)	Intervención multidisciplinaria en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en comunidades rurales: un estudio piloto	Cuantitativa	México	2022	Dialnet
24	Rodríguez et al. (2024)	La fisioterapia: alternativa en la calidad de vida en pacientes diabéticos tipo II con depresión en el sureste mexicano	Cuantitativa	México	2024	Dialnet
25	Baque et al. (2023)	Efectos en la salud causados por diabetes mellitus en pacientes mayores de 40 años de Latinoamérica	Revisión sistemática	Latinoamérica	2023	Dialnet
26	Garrochamba (2024)	Factores de riesgo asociados a diabetes mellitus tipo 2	Revisión sistemática	Ecuador	2024	Dialnet

El cuadro 1 sintetiza 26 estudios publicados en Scielo y Dialnet entre 2015 y 2025, lo que refleja una cobertura temporal amplia y actualizada sobre políticas públicas de salud y su relación con la atención de la diabetes tipo 2 y otras problemáticas asociadas. Se observa un predominio de metodologías de

revisión sistemática, lo que evidencia el esfuerzo por consolidar conocimiento acumulado y generar diagnósticos integrales de los sistemas sanitarios en América Latina. En cuanto a la distribución geográfica, los artículos provienen principalmente de Perú, México, Chile y Ecuador, lo que muestra un foco regional en países latinoamericanos con alta carga de enfermedades crónicas y desafíos estructurales en sus sistemas de salud. También se incluyen aportes de Venezuela, Bolivia, Colombia, Cuba y estudios de alcance latinoamericano, lo cual enriquece la diversidad de contextos. Los temas centrales giran en torno a deficiencias estructurales (infraestructura, recursos, cobertura), gestión de recursos humanos, determinantes sociales de la salud, modelos de atención multidisciplinarios y el papel de la participación profesional y comunitaria. Asimismo, algunos artículos se concentran en escenarios críticos como la pandemia de COVID-19 y en poblaciones específicas, como la diabetes pediátrica y gestacional, ampliando la mirada hacia grupos vulnerables. En síntesis, esta tabla evidencia una producción científica que, aunque diversa en enfoques y países, converge en señalar la necesidad de políticas públicas integrales, intersectoriales y sostenibles para enfrentar los factores de riesgo clínicos y sociales de la diabetes tipo 2 en América Latina.

El cuadro 2 evidencia que las principales deficiencias en los sistemas de salud de América Latina están relacionadas con la infraestructura hospitalaria, la gestión de recursos, el equipamiento y los modelos de atención. Estudios como los de Soto (2019), Espinoza-Portilla et al., (2021) y Morales et al., (2025) coinciden en que la precariedad de los hospitales y del primer nivel de atención genera retrasos, diagnósticos erróneos y una limitada capacidad de respuesta frente a enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2. Asimismo, trabajos como los de Arredondo y García (2019) y García-Flores et al., (2021) muestran que los modelos tradicionales biomédicos resultan ineficaces, mientras que las intervenciones multidisciplinarias e integrales logran mejores resultados clínicos, psicológicos y sociales. En conjunto, estos aportes refuerzan la necesidad de rediseñar los sistemas de atención hacia un modelo preventivo, integral y basado en evidencia, que combine inversión en infraestructura con enfoques colaborativos en la práctica clínica.

Cuadro 2 Deficiencias en la gestión y modelos de atención en políticas de salud vinculadas a la diabetes tipo 2

Autores	Metodología/Técnica	Resultados del Artículo	Conclusiones del Artículo
Soto (2019)	Revisión	Carencias en infraestructura, capacidad diagnóstica y gestión hospitalaria afectan la atención y seguridad del paciente.	Se requiere fortalecer infraestructura y gestión pública con compromiso político.
Espinoza-Portilla et al. (2021)	Revisión	Escasez de recursos, medicamentos y personal afecta la satisfacción y calidad del servicio.	Urge inversión en planificación, recursos y formación.
Morales et al. (2025)	Revisión sistemática	Déficit en infraestructura y personal en el primer nivel de atención limita la capacidad de respuesta.	Necesidad urgente de fortalecer equipamiento y personal para eficiencia y equidad.
Ruiz & Ruiz (2024)	Cuantitativa	Deficiencias en cobertura y financiamiento afectan calidad de vida y acceso a medicamentos.	Políticas de salud influyen positivamente; urge reducir desigualdades.
Goic (2015)	Revisión cualitativa	Deficiencias en organización y recursos generan inequidades en acceso y calidad de atención.	Chile debe mejorar infraestructura y estrategias de mediano plazo.
Arredondo & García (2019)	Revisión	Modelo tradicional de atención es ineficaz en diabetes.	El enfoque multidisciplinario ofrece mejores resultados clínicos y costo-efectivos.
García-Flores et al. (2021)	Cuantitativa	Intervenciones multidisciplinarias reducen síntomas y mejoran calidad de vida.	Reforzar programas integrales en comunidades vulnerables.
Rodríguez et al. (2024)	Cuantitativa	Fisioterapia mejora movilidad, adherencia terapéutica y bienestar psicológico.	Incorporar fisioterapia en políticas públicas de tratamiento de DM2.

El cuadro 3 resalta el peso de los determinantes sociales, la participación comunitaria y los enfoques preventivos en el abordaje de la diabetes tipo 2. Autores como Llanos et al. (2022) y Saldías et al. (2022) destacan la importancia de la gestión de recursos humanos y del activismo profesional (enfermería) para formular políticas más sensibles a las necesidades reales de la población. De La Guardia & Ruvalcaba (2020) y Davis-Carrillo et al. (2024) señalan que factores como pobreza, desigualdad y acceso limitado a servicios constituyen barreras estructurales para el control de la enfermedad, mientras que Acero (2025) alerta sobre la influencia negativa de la industria alimentaria en los hábitos de consumo. En ese sentido, estudios como los de Vicuña et al. (2023), Baque et al. (2023) y Garrochamba (2024) coinciden en que la detección temprana y la educación sanitaria son claves para reducir complicaciones graves. En síntesis, esta tabla enfatiza que la diabetes no puede abordarse solo desde un plano biomédico, sino que

requiere políticas intersectoriales, inclusivas y culturalmente adaptadas, capaces de integrar comunidad, profesionales y Estado en la prevención y control de la enfermedad.

Cuadro 3 Determinantes sociales, participación comunitaria y enfoques preventivos en diabetes tipo 2

Autores	Metodología/Técnica	Resultados del Artículo	Conclusiones del Artículo
Llanos et al. (2022)	Revisión	Deficiencias en gestión de recursos humanos: alta rotación y baja sostenibilidad.	Se necesita liderazgo y política de Estado clara en RRHH.
Saldías et al. (2022)	Revisión integrativa	Activismo de enfermería fortalece calidad de atención y formulación de políticas.	Impulsar participación política de enfermería en políticas públicas.
De La Guardia & Ruvalcaba (2020)	Revisión documental	Determinantes sociales influyen en desigualdades sanitarias.	Se requieren políticas intersectoriales y sostenibles.
Vera-Viteri et al. (2022)	Revisión bibliográfica	Limitaciones en acceso y calidad de servicios en zonas rurales.	Fortalecer políticas de salud rural para mantener confianza en el sistema.
Davis-Carrillo et al. (2024)	Cuantitativa	Pobreza y desigualdad condicionan prevención y control de DM2.	Urgen políticas integrales con enfoque multisectorial.
Acero (2025)	Revisión	Estrategias históricas insuficientes; influencia de la industria alimentaria.	Regular industria y diseñar políticas integrales adaptadas al contexto.
Jácome-dos Santos et al. (2022)	Revisión integradora	Predominio de medidas individuales; falta de enfoques estructurales.	Es necesario fortalecer políticas colectivas e integrales.
Miranda et al. (2023)	Revisión narrativa	Políticas en diabetes gestacional con brechas de aplicación.	Requiere evaluación de impacto en grupos vulnerables.
Betancourt et al. (2023)	Cualitativa	Pasantes con deficiencias críticas en guías clínicas.	Fortalecer formación médica para reducir riesgos.
Luna-Nemecio (2020)	Cuantitativa	Apoyo familiar mejora calidad de vida en DM2.	Reforzar políticas que integren apoyo social y emocional.
Vicuña et al. (2023)	Revisión	Importancia del diagnóstico temprano en pediatría.	Mejorar protocolos y acceso especializado en población infantil.
Baque et al. (2023)	Revisión	Diagnóstico temprano evita complicaciones crónicas.	Educación sanitaria y prevención son claves.
Garrochamba (2024)	Revisión	Identificación de factores de riesgo modificables y no modificables.	Promover estilos de vida saludables y detección temprana.

3.1. Déficits en infraestructura y acceso sanitario

El déficit en infraestructura sanitaria constituye un obstáculo que compromete la calidad del servicio y la seguridad de los pacientes. Según Soto (2019), la falta de recursos diagnósticos y tecnológicos genera retrasos clínicos y errores en el tratamiento, mientras que las restricciones presupuestales y de insumos reproducen inequidades y percepciones negativas entre usuarios y directivos (Espinoza, 2020). Incluso con gratuidad, persisten desigualdades en cobertura y confianza hacia el sistema (Vera, 2022), acentuadas en zonas rurales. La insuficiencia del primer nivel de atención limita la capacidad de respuesta (Morales, 2025) y la precariedad organizativa incrementa inequidades, como ocurre en Chile (Goic, 2015). Sin embargo, estas carencias estructurales perpetúan un ciclo de vulnerabilidad, con diagnósticos tardíos, tratamientos incompletos y una pérdida progresiva de confianza en el sistema sanitario (Soto, 2019; Vera, 2022; Morales, 2025; Goic, 2015).

El desabastecimiento de insumos esenciales afecta la adherencia a los tratamientos (Espinoza, 2020) y la desconfianza institucional limita la continuidad de la atención (Vera, 2022). La ausencia de equipamiento restringe la cobertura preventiva y curativa (Morales, 2025), mientras que las inequidades históricas refuerzan la exclusión social (Goic, 2015). A pesar de compromisos políticos, no se han materializado mejoras hospitalarias (Soto, 2019) y las medidas administrativas carecen de consistencia (Espinoza, 2020). En Ecuador, las reformas no han reducido las brechas rurales (Vera, 2022), y en Chile persisten inequidades que exigen un rediseño sostenible (Goic, 2015). Sin embargo, estas deficiencias evidencian no solo carencias materiales, sino una gobernanza sanitaria débil, marcada por falta de voluntad política y planificación estratégica, lo que perpetúa la inequidad y limita el acceso universal a atención de calidad.

3.2. Gestión de recursos humanos en salud

La gestión de recursos humanos en salud es un factor decisivo en la calidad de los servicios, pero constituye una de las dimensiones más vulnerables. En Perú, la alta rotación de funcionarios, la falta de liderazgo estratégico y la ausencia de una política de Estado sólida han limitado la sostenibilidad y legitimidad de las decisiones (Llanos, 2022). La escasa claridad en incentivos, junto con la insuficiencia de conocimientos clínicos en pasantes médicos, refleja debilidades en la formación profesional (Betancourt, 2023). Durante emergencias, la carencia de personal capacitado y la sobrecarga emocional deterioran la capacidad de respuesta (Lázaro, 2024). Asimismo, las barreras de conocimiento y el bajo activismo político de enfermería reducen su incidencia en políticas públicas (Saldías, 2022), mientras que la falta de protocolos y supervisión en pediatría compromete diagnósticos y atención temprana (Vicuña, 2023). En conjunto, estos hallazgos muestran que la gestión deficiente de recursos humanos reproduce inequidades estructurales y limita la equidad de los servicios sanitarios.

En términos analíticos, los hallazgos reflejan un patrón de debilidad institucional que afecta la gestión de recursos humanos en salud, con consecuencias directas en la calidad asistencial. Además, Llanos (2022) indica que la falta de liderazgo y financiamiento ha perpetuado un modelo ineficaz de gestión. La carencia de preparación adecuada en pasantes evidencia fallos en la formación universitaria (Betancourt, 2023). Asimismo, Lázaro (2024) explica que la falta de derechos garantizados a pacientes y médicos genera incertidumbre en la atención. La baja sistematización de la participación de enfermería restringe el impacto de esta profesión en la toma de decisiones (Saldías, 2022). A la vez, Vicuña (2023) señala que la falta de prevención estructural en pediatría confirma la urgencia de consolidar políticas integrales de recursos humanos. En suma, la precariedad en la gestión de recursos humanos no responde únicamente a limitaciones técnicas o presupuestales, sino a la ausencia de una política estatal coherente y sostenible. La falta de planificación estratégica, inversión continua y liderazgo institucional refleja la ineficacia de las políticas públicas para garantizar un sistema de salud equitativo, eficiente y preparado para enfrentar las demandas poblacionales y emergencias sanitarias.

3.3. Determinantes sociales y desigualdades en diabetes

Los determinantes sociales condicionan la prevalencia de la diabetes y amplían las brechas en salud. La desigualdad en educación y servicios básicos intensifica disparidades (De La Guardia, 2020), mientras que la pobreza y las condiciones socioeconómicas adversas incrementan el riesgo de aparición y complicaciones (Davis-Carrillo, 2024). Los modelos biomédicos centrados en lo individual invisibilizan prácticas sociales y culturales útiles para mejorar la atención (García, 2017), y la influencia de la industria alimentaria perpetúa desigualdades en contextos vulnerables (Acero, 2025). A su vez, los estilos de vida poco saludables, combinados con factores hereditarios, aumentan el riesgo de la enfermedad (Garrochamba, 2024). La falta de políticas intersectoriales limita la reducción de brechas (De La Guardia, 2020), mientras que la ausencia de enfoques comunitarios y la débil regulación política y económica reducen la efectividad de programas públicos (García, 2017; Acero, 2025). La insuficiencia en prevención temprana eleva los costos y la carga de enfermedad (Garrochamba, 2024). La evidencia sugiere que los determinantes sociales no actúan de manera aislada, sino que interactúan en un entramado complejo que impacta en la equidad del sistema sanitario. Además, De La Guardia (2020) explica que la ausencia de inversión en promoción de salud dificulta la justicia social. La distribución desigual de recursos de atención agrava la vulnerabilidad de los pacientes (Davis-Carrillo, 2024). Asimismo, García (2017) indica que las políticas excluyentes perpetúan un modelo asistencial fragmentado. Las inequidades estructurales se reproducen a través de estrategias de control poco integrales (Acero, 2025). De igual manera, Garrochamba (2024) resalta que la detección tardía está directamente asociada a factores sociales modificables.

Los hallazgos muestran que las desigualdades derivadas de determinantes sociales requieren un replanteamiento integral de las políticas de salud. Además, De La Guardia (2020) afirma que las estrategias basadas en modelos de determinantes sociales generan mayor equidad. Las políticas débiles que ignoran las condiciones de vida sostienen un escenario de riesgo persistente (Davis-Carrillo, 2024). Asimismo, García (2017) observa que la falta de reconocimiento de la diversidad cultural impide alcanzar una atención humanizada. Las intervenciones insuficientes que descuidan los determinantes económicos consolidan las disparidades en la enfermedad (Acero, 2025). A su vez, Garrochamba (2024) concluye que las estrategias preventivas basadas en hábitos saludables son esenciales para reducir la carga de diabetes. En conclusión, la persistencia de desigualdades vinculadas a los determinantes sociales no solo evidencia limitaciones técnicas en los programas de salud, sino una profunda incapacidad política para integrar justicia social en las políticas públicas. La omisión de factores económicos, culturales y

comunitarios revela un modelo sanitario fragmentado e ineficaz, que perpetúa inequidades y reproduce la exclusión estructural en el manejo de la diabetes tipo 2.

3.4. Prevención y promoción de la salud

La prevención y promoción de la salud son ejes estratégicos frente a la creciente incidencia de la diabetes. Durante la pandemia predominaron medidas individuales como autocontrol de glucosa y teleconsulta (Jácome, 2022), lo que redujo la efectividad de políticas colectivas y evidenció la fragilidad institucional (Arredondo, 2019; Jácome, 2022). En contraste, las intervenciones multidisciplinarias en comunidades rurales generaron beneficios psicológicos y clínicos, reduciendo incluso la glucosa en ayuno (García-Flores, 2022). El fortalecimiento de programas de prevención y educación temprana es clave para evitar complicaciones crónicas (Baque, 2023), aunque la vulnerabilidad socioambiental y la falta de articulación intersectorial limitan la capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios (Luna, 2020). Sin embargo, se observa que las estrategias preventivas logran mayor impacto cuando se articulan con los contextos comunitarios, superando las limitaciones del modelo biomédico tradicional (Arredondo, 2019).

La comparación de resultados muestra la necesidad de integrar componentes sociales y estructurales en las políticas de promoción. El predominio de intervenciones individuales genera inequidades en el acceso (Jácome, 2022) y la falta de coordinación limita la efectividad de los programas (Arredondo, 2019). El acompañamiento psicológico favorece la adherencia terapéutica en comunidades vulnerables (García-Flores, 2022), mientras que la ausencia de campañas de diagnóstico temprano mantiene alta la prevalencia de complicaciones clínicas (Baque, 2023). Factores socioambientales también reducen la eficacia de las intervenciones (Luna, 2020). En conjunto, los hallazgos señalan la urgencia de reforzar políticas públicas colectivas, pues el enfoque centrado en el individuo resulta insuficiente (Arredondo, 2019; Jácome, 2022). Los programas multidisciplinarios muestran beneficios clínicos y emocionales sostenidos (García-Flores, 2022) y las revisiones regionales evidencian que la detección temprana reduce la carga de complicaciones graves (Baque, 2023), confirmando que sin considerar los determinantes socioambientales los procesos preventivos pierden efectividad (Luna, 2020).

En conclusión, las limitaciones en prevención y promoción de la salud reflejan un sesgo estructural hacia intervenciones fragmentadas y de corto plazo, incapaces de transformar las condiciones sociales que sostienen la enfermedad. La falta de políticas integrales, sostenidas e intersectoriales demuestra la ineficiencia del Estado para garantizar un enfoque preventivo efectivo, consolidando así un modelo reactivo que perpetúa inequidades y aumenta la carga de la diabetes tipo 2 en la región.

3.5. Participación comunitaria y actores profesionales

La participación comunitaria y el rol de los profesionales de salud son estratégicos en la formulación y aplicación de políticas. El activismo sociopolítico de la enfermería fortalece programas más cercanos a las necesidades reales (Saldías, 2022), pero su bajo reconocimiento limita la incidencia en procesos de cambio. La falta de integración de hallazgos científicos en decisiones públicas redujo impactos territoriales en Bogotá (Lozano, 2018), y los enfoques biomédicos sin procesos transdisciplinarios no logran incorporar necesidades comunitarias (López, 2017). El involucramiento profesional mejora la gestión de enfermedades crónicas y la calidad de vida, incluyendo la incorporación de terapias como la fisioterapia en diabetes (Rodríguez, 2024). En contraste, la ausencia de marcos participativos y de coordinación interinstitucional en crisis como COVID-19 generó respuestas improvisadas y poco efectivas (Landeros, 2020). Sin embargo, la evidencia muestra que la falta de canales institucionalizados de participación restringe el alcance y sostenibilidad de las políticas de salud.

Desde otra perspectiva, la literatura muestra que la ausencia de participación social profundiza la inequidad en el acceso a servicios. Además, Saldías (2022) afirma que la conciencia política de enfermería puede transformar la formulación de políticas públicas. La falta de proyectos interinstitucionales en investigación revela vacíos en la planificación territorial (Lozano, 2018). Asimismo, López (2017) observa que la exclusión de la comunidad limita la sostenibilidad de los programas sanitarios. La incorporación de estrategias de rehabilitación multidisciplinaria favorece la adherencia de los pacientes a los tratamientos (Rodríguez, 2024). De igual forma, Landeros (2020) indica que los países con políticas poco participativas enfrentaron dificultades para garantizar atención efectiva. En términos de análisis crítico, los hallazgos reflejan que la participación comunitaria y profesional constituye un recurso aún subutilizado en la gestión sanitaria. Además, Saldías (2022) enfatiza que las competencias políticas de los profesionales son esenciales para una salud más humanizada. La escasa producción de estudios aplicados a nivel local mantiene un vacío en la orientación de políticas (Lozano, 2018). Asimismo, López (2017) explica que un enfoque de complejidad permite superar la fragmentación entre actores sociales y

sanitarios. La incorporación de la fisioterapia en planes integrales de atención evidencia el potencial de diversificar la acción profesional (Rodríguez, 2024). A su vez, Landeros (2020) concluye que las políticas sin participación activa carecen de legitimidad y efectividad social. En particular, la débil articulación entre comunidad, profesionales y Estado evidencia la incapacidad de las políticas públicas para consolidar procesos inclusivos y sostenibles. La exclusión de actores clave y la falta de institucionalización de espacios participativos perpetúan un modelo vertical e ineficaz, limitando la legitimidad de las decisiones y profundizando la inequidad en la atención de la diabetes tipo 2.

3.6. Modelos de atención y calidad asistencial

Los modelos de atención en salud determinan de manera directa la percepción de calidad asistencial en distintos contextos. Además, Ruiz (2024) muestra que una relación positiva entre políticas públicas y calidad de vida se observa en los distritos con mayor inversión en salud. La falta de políticas específicas para condiciones particulares como la diabetes gestacional ha generado brechas en su control (Miranda, 2023). Asimismo, Landeros (2020) indica que la improvisación en la formulación de políticas durante la pandemia redujo la eficiencia en la atención. La capacidad insuficiente de los servicios del primer nivel refleja un obstáculo estructural para garantizar cobertura adecuada (Morales, 2025). A su vez, García-Flores (2022) evidencia que los programas multidisciplinarios en comunidades rurales mejoran el control glucémico y la calidad de vida. En el análisis de tendencias, se observa que la calidad asistencial depende de la capacidad de los modelos para integrar cobertura, equidad y efectividad. Además, Ruiz (2024) argumenta que mayores inversiones en programas preventivos se traducen en percepciones sociales más favorables. La escasez de políticas diferenciadas para grupos vulnerables ha limitado los impactos de las estrategias sanitarias (Miranda, 2023). Asimismo, Landeros (2020) sostiene que los países sin marcos normativos sólidos enfrentaron mayores dificultades para responder a emergencias. La falta de equipamiento y personal en centros de primer nivel dificulta la implementación de modelos de atención integral (Morales, 2025). A la vez, García-Flores (2022) confirma que las intervenciones interdisciplinarias reducen síntomas psicológicos asociados a la enfermedad.

Por otro lado, los resultados sugieren que la calidad asistencial no depende únicamente de infraestructura, sino también de gestión y articulación de servicios. Además, Ruiz (2024) observa que el bienestar percibido por la población se correlaciona con políticas que amplían cobertura y financiamiento. La ausencia de estrategias de control sostenido en enfermedades crónicas limita los efectos de las políticas públicas (Miranda, 2023). Asimismo, Landeros (2020) afirma que la falta de coordinación interinstitucional generó respuestas fragmentadas en contextos de crisis. Las deficiencias en recursos humanos del primer nivel muestran que los modelos de atención permanecen incompletos (Morales, 2025). De igual modo, García-Flores (2022) plantea que la atención multidisciplinaria en entornos vulnerables mejora la adherencia terapéutica. Los modelos de atención requieren transformaciones estructurales para alcanzar mayor efectividad. Además, Ruiz (2024) sostiene que la inversión en prevención constituye un factor decisivo en la percepción de calidad de vida. La limitada inclusión de determinantes sociales en las políticas ha restringido su alcance real (Miranda, 2023). Asimismo, Landeros (2020) resalta que la improvisación de medidas en pandemia evidenció la fragilidad de los sistemas sanitarios. El déficit en infraestructura del primer nivel de atención confirma la necesidad de un rediseño integral de modelos (Morales, 2025). A su vez, García-Flores (2022) concluye que la consolidación de equipos multidisciplinarios fortalece la calidad asistencial en comunidades con mayor vulnerabilidad.

En conclusión, los modelos de atención vigentes reflejan la incapacidad de los Estados latinoamericanos para superar la fragmentación, la inequidad y la improvisación que caracterizan sus políticas públicas en salud. La ausencia de planificación integral y de un enfoque sostenido en determinantes sociales, prevención y participación comunitaria perpetúa un sistema reactivo y desigual, incapaz de garantizar una atención de calidad frente a la diabetes tipo 2.

4. CONCLUSIONES

La revisión de los seis ejes temáticos confirma que los déficits en infraestructura, la gestión insuficiente de recursos humanos, la persistencia de determinantes sociales, la debilidad en programas de prevención, la limitada participación comunitaria y los modelos de atención incompletos conforman un entramado que amplifica la carga de la diabetes tipo 2. Estas carencias materiales y organizativas erosionan la confianza social, limitan la continuidad de la atención y reproducen inequidades que afectan de manera particular a las poblaciones más vulnerables. Los hallazgos muestran también que la gestión de recursos humanos constituye un factor transversal que condiciona la efectividad de cualquier política

pública en salud. La alta rotación de personal, la falta de formación específica y el bajo involucramiento de profesionales en procesos políticos debilitan la sostenibilidad de los programas. Asimismo, la ausencia de políticas preventivas intersectoriales mantiene un escenario de alta incidencia, mientras que determinantes como pobreza, educación y condiciones laborales generan profundas diferencias en el acceso y los resultados de salud. De igual forma, la revisión evidencia que las intervenciones más efectivas son aquellas que integran modelos multidisciplinarios y participación comunitaria, generando mejoras sostenidas en la calidad de vida y la adherencia terapéutica. Sin embargo, la falta de articulación institucional y la ausencia de marcos sostenibles han impedido consolidar estas experiencias como políticas de largo plazo. En consecuencia, se hace imprescindible replantear el diseño y aplicación de políticas públicas bajo enfoques estructurales, intersectoriales y culturalmente pertinentes, orientados a garantizar equidad y sostenibilidad en la atención.

En particular, estos hallazgos resultan especialmente relevantes para América Latina y el Perú, donde la combinación de inequidades sociales, limitaciones presupuestales y debilidad institucional refleja la incapacidad de los Estados para contener la expansión de la diabetes tipo 2. Reforzar la prevención, la articulación intersectorial y la participación comunitaria no solo permitiría mejorar la calidad de vida de los pacientes, sino también fortalecer la sostenibilidad de los sistemas sanitarios en la región. Las limitaciones de este análisis se relacionan con la heterogeneidad metodológica de los estudios revisados, que incluyen desde investigaciones cualitativas hasta aproximaciones cuantitativas y revisiones narrativas, lo que dificulta la comparación directa de resultados. Además, la diversidad de contextos nacionales restringe la posibilidad de generalizar plenamente los hallazgos, dado que los sistemas sanitarios presentan niveles distintos de desarrollo, organización y financiamiento. Finalmente, futuras investigaciones deberían profundizar en estudios comparativos entre países que permitan identificar patrones regionales de efectividad en políticas sanitarias. Asimismo, resulta pertinente promover evaluaciones longitudinales que midan la sostenibilidad de programas preventivos y de gestión de recursos humanos. Estas investigaciones deben incorporar la perspectiva comunitaria y cultural en el diseño de intervenciones y explorar el potencial de modelos multidisciplinarios aplicados en distintos entornos sociales, con el fin de orientar políticas públicas más integrales, equitativas y adaptadas a contextos específicos.

En términos de aporte original, esta revisión contribuye a la literatura latinoamericana al sistematizar las principales deficiencias estructurales y los vacíos en políticas sanitarias que contribuyen a la exacerbación de la diabetes tipo 2, ofreciendo un panorama comparativo regional que no se había consolidado en investigaciones previas. Además, se recomienda que los decisores públicos prioricen la articulación intersectorial con un enfoque preventivo, destinando financiamiento sostenido al primer nivel de atención y fortaleciendo los programas de detección temprana, dado que estas medidas resultan determinantes para contener la carga creciente de la enfermedad en la región.

Declaración de conflicto de interés

La autora declara que no existen conflictos de interés que puedan haber influido en el desarrollo o en los resultados de esta investigación.

Declaración de uso de inteligencia artificial

La autora informa que recurrió a herramientas de inteligencia artificial únicamente como apoyo complementario durante la elaboración de este artículo, sin que dichas herramientas sustituyeran su propio juicio crítico ni el análisis intelectual realizado. Tras un exhaustivo proceso de revisión con plataformas especializadas, se verificó la ausencia de indicios de plagio, lo cual ha quedado debidamente registrado. Asimismo, se declara que el presente trabajo constituye un aporte original, producto de un esfuerzo intelectual independiente, que no ha sido previamente publicado ni elaborado a través de sistemas automáticos o programas digitales de redacción.

Referencias bibliográficas

- Acero, M. (2025). *La diabetes como un desafío para la salud pública: reflexiones desde el sureste de México*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9297328>
- Arredondo, A., & García, R. (2019). Revisión y análisis sobre el modelo multidisciplinario de atención a la diabetes. *Revista de Salud Pública*, 21(3), 245–257. <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n3.78023>

- Banco Interamericano de Desarrollo (BID). (2022). *Informe sobre enfermedades crónicas en América Latina*. <https://publications.iadb.org/publications/enfermedades-cronicas-america-latina>
- Davis-Carrillo, A., López, J., & Martínez, G. (2024). Control en salud y determinantes sociales en diabetes tipo 2. *Revista Venezolana de Salud Pública*, 18(2), 115–128. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10928374>
- De La Guardia, M. A., & Ruvalcaba, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81–90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- Espinoza-Portilla, E., Gil-Quevedo, W., & Agurto-Távora, E. (2021). Principales problemas en la gestión de establecimientos de salud en el Perú. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(4), e2146. <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n4/e2146/>
- Farias, M. A., Badino, M., Martí, M., Báscolo, E., García Saisó, S., & D'Agostino, M. (2023). La transformación digital como estrategia para el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, e150. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.150>
- Federación Internacional de Diabetes (IDF). (2021). *Atlas de la diabetes* (11.^a ed.). <https://diabetesatlas.org/>
- García-Flores, J., Martínez, L., & Sánchez, A. (2021). Intervención multidisciplinaria en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en comunidades rurales: un estudio piloto. *Revista Mexicana de Salud Pública*, 63(2), 89–97. <https://doi.org/10.21149/11832>
- Idrovo, Á. J. (2023). Aproximaciones a los determinantes sociales y ambientales: Diferencias entre salud pública y salud poblacional. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 55, e23046. <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e23046>
- Lázaro, P. E., & Saucedo, B. J. (2024). Impacto de la política pública sanitaria en las decisiones de un paciente grave de COVID-19. *Política, Globalidad y Ciudadanía*, 10(19), 24–42. <https://doi.org/10.29105/rpgyc10.19-213>
- Leiva-Peña, V., Rubí-González, P., & Vicente-Parada, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: Políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e158. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>
- Llanos, L. F., Castro, J. A., & Cerna, C. (2022). Análisis de políticas públicas en salud: El caso de recursos humanos en el Perú. *Revista Médica Herediana*, 33(3), 178–186. <https://doi.org/10.20453/rmh.v33i3.4338>
- Loba-Rodríguez, N. J., & Betancurth-Loaiza, D. P. (2020). El educador para la salud en la salud pública. *Revista de Salud Pública*, 22(5), 1–8. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n5.87075>
- Morales, M. E., Gonzales, A. J., Ludeña, D. C., Ludeña, G. F., & Cueva, N. I. (2025). Primer nivel de atención en salud y sus implicaciones para la política pública: Una revisión sistemática. *Telos*, 27(1), 293–312. <https://doi.org/10.33996/revistatelos.v27i1.859>
- Mosquera-Becerra, J., Pérez-Bustos, A. H., Díaz-Grajales, C., Quiroz-Arias, C., Salcedo-Cifuentes, M., Mejía-López, J., Herrera-Muergueitio, J. A., Piedrahita-Sandoval, L., & Barrera-Vergara, L. I. (2023). Promoción de la salud en América Latina: Coherencia en su implementación. *Hacia la Promoción de la Salud*, 28(2), 177–195. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2023.28.2.10>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Paquete técnico SCORE para datos de salud*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/346557/9789240029026-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Estrategia de la OMS (2022-2026) para el Plan de Acción Nacional de Seguridad Sanitaria*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240061545>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024). *Hoja informativa: Diabetes*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). *Plan estratégico de la OPS 2020-2025: La equidad, el corazón de la salud*. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5131.pdf>

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: un marco para el análisis de políticas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57392>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). *Tendencias y perspectivas de la diabetes en América Latina*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56789>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2024). *Estrategia para el monitoreo y control de enfermedades no transmisibles*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57300>
- Peters, B. G., & Zittoun, P. (2024). Teaching public policy through the history of the discipline, theories, and concepts. En E. St.Denny & P. Zittoun (Eds.), *Handbook of Teaching Public Policy* (pp. 17–34). Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781800378117.00010>
- Pronk, N., Kleinman, D. V., Goekler, S. F., Ochiai, E., Blakey, C., & Brewer, K. H. (2021). Promoting health and well-being in Healthy People 2030. *Journal of Public Health Management and Practice*, 27(Suppl. 6), S242–S248. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001254>
- Saldías, M. Á., Parra-Giordano, D., & Martí, T. (2022). Participación de enfermería en políticas públicas: ¿Por qué es importante? *Enfermería Global*, 21(65), 590–624. <https://doi.org/10.6018/eglobal.455361>
- Shahim, B., Kapelios, C. J., Savarese, G., & Lund, L. H. (2023). Global public health burden of heart failure: An updated review. *Cardiac Failure Review*, 9, e11. <https://doi.org/10.15420/cfr.2023.05>
- Soto, A. (2019). Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: Atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(2), 304–311. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4425>
- St.Denny, E., & Zittoun, P. (2024). Introduction to the Handbook of Teaching Public Policy. En E. St.Denny & P. Zittoun (Eds.), *Handbook of Teaching Public Policy* (pp. 1–15). Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781800378117.00008>
- Tawde, P. P., Choudhari, S. G., Quazi Syed, Z., et al. (2024). Rudolf Virchow: Integrating medicine and social reform for public health. *Cureus*, 16(8), e68161. <https://doi.org/10.7759/cureus.68161>
- Taylor, L. (2022). Monkeypox: WHO declares a public health emergency of international concern. *BMJ*, 378, o1874. <https://doi.org/10.1136/bmj.o1874>
- Vera-Viteri, L., Cuadros-Ocampo, C. I., & Zambrano-Chavarría, M. E. (2022). Impacto de las políticas públicas de salud en zonas rurales ecuatorianas. *Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina*, 10(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-01322022000200025
- Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., Ahmed, S., Bailey, Z., Bassett, M. T., Bird, M., et al. (2021). Public policy and health in the Trump era. *The Lancet*, 397(10275), 705–753. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32545-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32545-9)



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial 4.0 Internacional