

Acciones, recomendaciones y soluciones de política pública frente al manejo de las enfermedades dermatológicas en América Latina: revisión sistemática

Autores

Estrada-Orozco, Kelly. Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, E.S.E., Bogotá, D.C. Centro de Evidencia e Implementación (CEI-evidence), Bogotá, D.C., Colombia. Kelly.estrada@cei-evidence.com <https://orcid.org/0000-0001-5022-5572>.

Rincón-Martínez, Lina María. Centro de Evidencia e Implementación (CEI-evidence), Bogotá, D.C., Colombia. lmrinconm@unal.edu.co <https://orcid.org/0009-0009-6387-9618>

Ospina-Lizarazo, Nathalie. Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, E.S.E., Bogotá, D.C. Centro de Evidencia e Implementación (CEI-evidence), Bogotá, D.C., Colombia. nospinal@unal.edu.co. <https://orcid.org/0000-0001-5691-4707>

Utria-Munive Jesús Centro de Evidencia e Implementación (CEI-evidence), Bogotá, D.C., Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-7407-6900>

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés

Fuente de financiación

Proyecto de investigación contrato 1035 de 2024 celebrado entre Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, y el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta.

Contenido

1. Introducción	5
2. Alcance y objetivos	5
2.1 Objetivo general	5
2.2 Objetivos específicos.....	5
2.3 Pregunta de investigación	5
3. Métodos.....	5
3.1 Diseño del estudio.....	5
3.2 Criterios de elegibilidad	5
3.3 Fuentes de información	6
3.4 Estrategia de búsqueda.....	7
3.5 Proceso de selección de estudios	7
3.6 Extracción de datos.....	7
3.7 Evaluación del riesgo de sesgos	7
3.8 Síntesis de la evidencia.....	8
4. Resultados.....	8
4.1 ENFERMEDADES INFECCIOSAS CON MANIFESTACIONES CUTÁNEAS ...	15
4.2 PARASITARIAS	15
4.2.1 Escabiosis	15
4.2.2 Leishmaniasis.....	16
4.2.3 Oncocercosis.....	19
4.2.4 Tungiasis	20
4.2.1 Miasis	21
4.3 BACTERIANAS	22
4.3.1 Lepra	22
4.3.2 Rickettsiosis	23
4.4 VIRALES	24
4.4.1 Sarampión	24
4.4.2 Varicela	25
4.4.3 Viruela	26
4.4.4 VPH (Virus del Papiloma Humano).....	26
4.4.5 MPOX (viruela símica).....	27

4.5	MICÓTICAS	29
4.5.1	Micetoma.....	29
4.5.2	Esporotricosis.....	30
4.6	VARIAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS.....	31
4.7	NEOPLASIAS CUTÁNEAS	33
4.7.1	Cáncer de piel no melanoma (carcinoma basocelular y carcinoma escamocelular).....	33
4.7.2	Melanoma cutáneo.....	34
4.7.3	Queratosis actínica.....	34
4.7.4	Cáncer de piel (no especificado por tipo histológico).....	35
4.8	COMPROMISO DERMATOLÓGICO PRIMARIO	36
4.8.1	Acné.....	36
4.8.2	Dermatitis atópica y de contacto.....	36
4.8.3	Hidradenitis supurativa	38
4.8.4	Pénfigo vulgar	38
4.8.5	Psoriasis.....	39
4.9	ENFERMEDADES SISTÉMICAS CON MANIFESTACIONES CUTÁNEAS	40
4.9.1	Lupus Eritematoso Sistémico (LES)	40
4.9.2	Esclerosis sistémica	42
4.10	VARIAS CONDICIONES DERMATOLÓGICAS.....	42
4.11	Distribución en América Latina de enfermedades dermatológicas.....	61
4.12	Políticas públicas asociadas a los documentos incluidos	68
4.13	Recomendaciones de política pública para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de enfermedades cutáneas.....	111
5.	Discusión	113
6.	Conclusiones	120
7.	Recomendaciones preliminares de política pública derivadas de la síntesis de evidencia	121
8.	Bibliografía.....	126
9.	Anexos	153
	Anexo 1. Listado de condiciones dermatológicas	153
	Anexo 2. Estrategias de búsqueda.....	155
	Anexo 3. PRISMA	170

Anexo 4. Lista de estudios incluidos y excluidos	170
Lista de estudios incluidos - bases electrónicas.....	170
Lista de documentos incluidos - páginas web	175
Lista de estudios excluidos - bases electrónicas.....	185
Anexo 5. Valoración riesgo de sesgo	196
Lista de chequeo del JBI - Estudios de prevalencia	196
Lista de chequeo del JBI - Estudios transversales	197
JBI Estudios cuasiexperimentales	199
Lista de chequeo del JBI - Cohortes	201
Lista de chequeo del JBI – Cualitativos	204
ROBIS: Revisiones sistemáticas de literatura	205
CHEERS – Evaluaciones económicas.....	205

1. Introducción

Las enfermedades dermatológicas representan una carga relevante para los sistemas de salud debido a su alta prevalencia, impacto en la calidad de vida y potencial asociación con inequidades sociales y ambientales. En América Latina, factores contextuales como la localización en territorio ecuatorial, la latitud, la radiación ultravioleta y la distribución de fototipos cutáneos podrían influir en el comportamiento epidemiológico de estas patologías y en las respuestas desde los sistemas de salud.

Pese a estos antecedentes, la evidencia sobre acciones, recomendaciones y soluciones de política pública orientadas al manejo de las enfermedades dermatológicas en la región no se ha evaluado o descrito. Una síntesis sistemática de la literatura permitirá identificar enfoques regionales, brechas de política y buenas prácticas, y servirá como línea de base para proponer recomendaciones para el escenario colombiano.

2. Alcance y objetivos

2.1 Objetivo general

Identificar y sintetizar la evidencia disponible en América Latina sobre acciones, recomendaciones y soluciones de política pública relacionadas con el manejo de las enfermedades dermatológicas, con el fin de informar la construcción de una propuesta de política pública y comparar la situación regional con el contexto colombiano.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar estudios latinoamericanos que describan o evalúen acciones, programas, estrategias o políticas públicas relacionadas con enfermedades dermatológicas.
- Sintetizar las recomendaciones de política pública propuestas en la literatura para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de enfermedades cutáneas.
- Describir, cuando la evidencia lo permita, datos de prevalencia e incidencia de enfermedades dermatológicas en América Latina vinculados a decisiones o enfoques de política pública.

2.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las acciones, recomendaciones y soluciones de política pública reportadas en la literatura científica para el manejo de las enfermedades dermatológicas en América Latina, y qué información existe sobre su carga epidemiológica (prevalencia e incidencia) en la región?

3. Métodos

3.1 Diseño del estudio

Revisión sistemática de la literatura, desarrollada y reportada de acuerdo con la guía PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (1).

3.2 Criterios de elegibilidad

Tipo de estudios

- Revisiones sistemáticas, revisiones narrativas y revisiones de alcance.

- Estudios observacionales (transversales, de cohortes, estudios ecológicos) que reporten información relevante para políticas públicas.
- Estudios o informes de evaluación de políticas, programas o intervenciones a nivel poblacional.

Población y contexto

- Estudios realizados en países de América Latina.
- Poblaciones generales o subpoblaciones afectadas por enfermedades dermatológicas.

Condición de interés

- Enfermedades dermatológicas o cutáneas descritas en el Anexo 1.

Fenómeno de interés

Acciones, estrategias, programas, recomendaciones o soluciones de política pública implementadas a partir de 2010. Algunos ejemplos son:

- Planes/programas nacionales o subnacionales para condiciones dermatológicas.
- Modelos de atención (rutas, redes, teledermatología en sistemas públicos).
- Regulaciones (cobertura, listados de medicamentos, fotoprotección escolar/laboral, control de productos, salud ocupacional, etc.).
- Guías de práctica, lineamientos, protocolos con alcance nacional
- Vigilancia en salud pública y sistemas de información.
- Políticas de acceso (financiamiento, aseguramiento, suministro, compras centralizadas).
- Datos de prevalencia e incidencia de enfermedades dermatológicas cuando estén vinculados a decisiones, planes o análisis de política pública.

Idioma

- Español, inglés y portugués.

Periodo de publicación

- Estudios publicados entre 2015 y 2026. Herramientas de implementación publicadas a partir de 2010.

Criterios de exclusión

- Estudios clínicos individuales sin implicaciones para decisiones de política.

3.3 Fuentes de información

Se realizó una búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos:

- Scopus
- Web of Science
- Embase
- Academic Search Complete (EBSCO)

- LILACS (a través de Biblioteca Virtual en Salud (BVS))
- MEDLINE (a través de OVID)

Se realizó una búsqueda en literatura gris incluyendo bases de datos como Google Scholar, páginas de los ministerios de salud de los países de Latinoamérica y búsqueda con métodos complementarios por bola de nieve.

3.4 Estrategia de búsqueda

Se diseñó una estrategia de búsqueda combinando términos controlados de acuerdo con la base de datos (MeSH, DeCS, Emtree) y términos libres relacionadas con:

- Enfermedades dermatológicas, políticas públicas y sistemas de salud y América Latina y países específicos de la región

La estrategia se adaptó a cada base de datos (Ver Anexo 2).

3.5 Proceso de selección de estudios

- Dos revisores tamizaron de manera independiente las referencias por títulos y resúmenes a través de la plataforma Rayyan®.
- Los textos completos de los estudios potencialmente elegibles fueron revisados por dos revisores.
- Las discrepancias se resolvieron por consenso o por un tercer revisor.

3.6 Extracción de datos

La extracción de datos se realizó por un revisor. Se diseñó un formulario estandarizado para la extracción de información que incluyó:

- Autor, año y país
- Tipo de estudio o documento
- Enfermedad dermatológica abordada
- Descripción de acciones, estrategias o políticas públicas
- Recomendaciones de política
- Datos de prevalencia e incidencia (cuando estén disponibles)
- Implicaciones para el sistema de salud
- Resultados de su aplicación, barreras y facilitadores, recursos requeridos (cuando estén disponibles)
- Limitaciones u observaciones de los autores

3.7 Evaluación del riesgo de sesgos

La evaluación de riesgo de sesgo se realizó por un evaluador. Se utilizaron herramientas validadas según el tipo de estudio:

- Revisiones sistemáticas: ROBIS
- Estudios observacionales y cualitativos: herramientas de evaluación crítica del Joanna Briggs Institute
- Estudios económicos: CHEERS

3.8 Síntesis de la evidencia

Se realizó una síntesis narrativa considerando la heterogeneidad metodológica y conceptual de los estudios incluidos. Inicialmente, se realizó una caracterización descriptiva de las publicaciones según tipo de estudio, país y condición de salud abordada. Posteriormente, los hallazgos fueron descritos por condiciones de salud organizados en los siguientes grupos:

- Enfermedades infecciosas con manifestaciones cutáneas dentro de las que se incluyeron subcategorías: enfermedades parasitarias, bacterianas, virales, micóticas y varias enfermedades infecciosas (cuando los documentos abordaban varias condiciones de esta categoría).
- Neoplasias cutáneas
- Compromiso dermatológico primario
- Enfermedades sistémicas con manifestaciones cutáneas
- Varias condiciones dermatológicas (donde se agruparon documentos con varias condiciones de salud de distintas categorías)

Se presenta el resumen de datos epidemiológicos (prevalencia e incidencia) identificados en los documentos incluidos y finalmente, una recopilación de enfoques de política pública identificados a partir de los documentos incluidos.

4. Resultados

A partir de la búsqueda en bases de datos electrónicas se obtuvo un total de 6.533 referencias, y posterior a la eliminación de duplicados y selección por título y resumen se identificaron 227 artículos para revisión en texto completo, seleccionando finalmente 74 artículos.

La búsqueda realizada en páginas web, Google Scholar y bola de nieve arrojó un total de 140 documentos de interés que corresponden a documentos normativos o herramientas de implementación de políticas como guías de práctica clínica (GPC), lineamientos, manuales, estrategias, normativa, planes o programas que abordaron alguna de las condiciones dermatológicas de interés.

Las estrategias de búsqueda se reportan en el Anexo 2, el proceso de selección a través del PRISMA en el Anexo 3 y los listados de referencias incluidas y excluidas en el Anexo 4.

La revisión incluyó un total de 214 documentos, con predominio de estudios, herramientas o políticas provenientes de Brasil (24,3%), seguido de Argentina (9,3%) y El Salvador (9,3%), mientras que otros países estuvieron representados en menor proporción (Ver Tabla 1). En términos del tipo de documento, se observó una alta frecuencia de lineamientos (19,2%), guías de práctica clínica (13,6%) y estudios transversales (12,6%), lo que refleja un énfasis en la estandarización de la atención y la publicación de evidencia descriptiva (Ver Tabla 1 y Figura 1).

Respecto a las condiciones dermatológicas abordadas, destacaron enfermedades infecciosas y de interés en salud pública como la lepra (15,4%) y la leishmaniasis (11,2%), así como eventos emergentes como mpox (8,4%); adicionalmente, se destacan documentos que abordan múltiples condiciones dermatológicas (13,1%) o varias enfermedades inmunoprevenibles (10,7%) (Ver Tabla 1 y Tabla 2).

Tabla 1. Características de los documentos incluidos

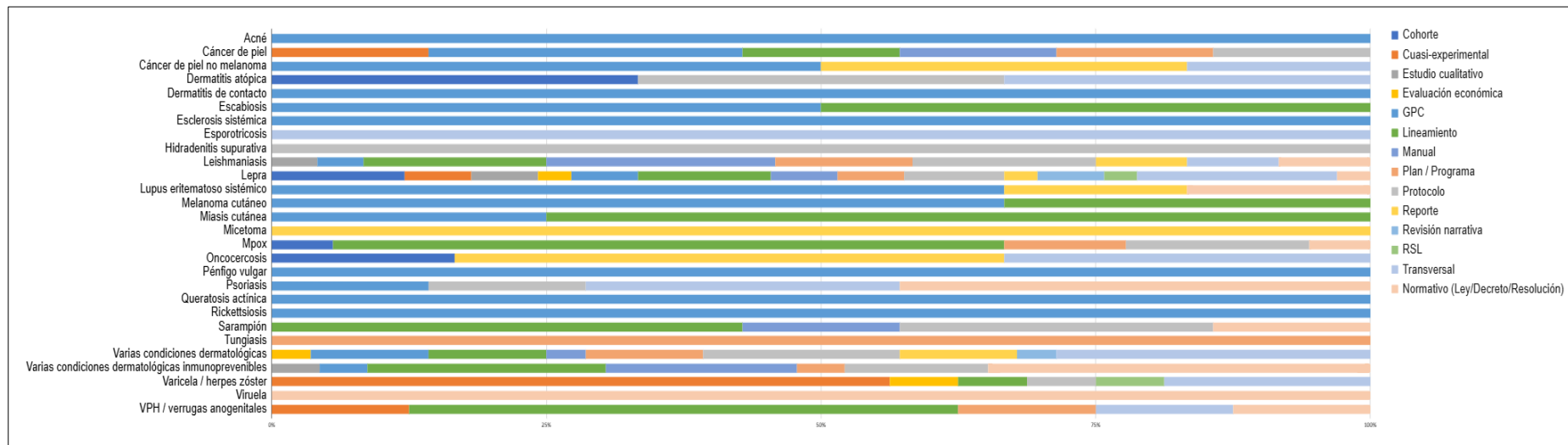
Característica de documentos incluidos (n=214)	%
<i>País donde se realizó el estudio o se aplica la política</i>	
Argentina	9,3%
Bolivia	1,9%
Brasil	24,3%
Chile	5,1%
Colombia	6,5%
Costa Rica	4,2%
Cuba	0,5%
Ecuador	2,8%
El Salvador	9,3%
Guatemala	5,1%
Guyana Francesa	0,5%
Honduras	2,8%
México	6,1%
Nicaragua	0,5%
Panamá	6,1%
Paraguay	4,2%
Perú	3,3%
Región de las Américas	1,4%
República Dominicana	0,9%
Uruguay	1,9%

Característica de documentos incluidos (n=214)	%
Venezuela	1,4%
Multipaís	1,9%
<i>Tipo de diseño o documento</i>	
Cohorte	3,3%
Cuasi-experimental	6,1%
Estudio cualitativo	1,9%
Evaluación económica	1,4%
GPC	13,6%
Lineamiento	19,2%
Manual	6,5%
Normativo (Ley/Decreto/Resolución)	8,9%
Plan / Programa	6,5%
Protocolo	11,7%
Reporte	6,1%
Revisión narrativa	1,4%
RSL	0,9%
Transversal	12,6%
<i>Enfermedad dermatológica principal abordada</i>	
Acné	0,5%
Cáncer de piel	3,3%
Cáncer de piel no melanoma	2,8%
Dermatitis atópica	1,4%
Dermatitis de contacto	0,5%
Escabiosis	0,9%
Esclerosis sistémica	0,5%
Esporotricosis	0,5%

Característica de documentos incluidos (n=214)	%
Hidradenitis supurativa	0,5%
Leishmaniasis	11,2%
Lepra	15,4%
Lupus eritematoso sistémico	2,8%
Melanoma cutáneo	1,4%
Miasis cutánea	1,9%
Micetoma	0,5%
Viruela símica (mpox)	8,4%
Oncocercosis	2,8%
Pénfigo vulgar	0,5%
Psoriasis	3,3%
Queratosis actínica	0,9%
Rickettsiosis	0,9%
Sarampión	3,3%
Tungiasis	0,5%
Varias condiciones dermatológicas	13,1%
Varias condiciones dermatológicas inmunoprevenibles	10,7%
Varicela	6,5%
Varicela / herpes zóster	0,9%
Viruela	0,5%
Virus del Papiloma Humano (VPH) / verrugas anogenitales	3,7%

Fuente: elaboración propia

Figura 1. Distribución de tipo de documentos por condiciones dermatológicas



Fuente: elaboración propia

Tabla 2. Frecuencia de condiciones dermatológicas abordadas en documentos por país

Condición	Frecuencia (%)																						
	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	Costa Rica	Cuba	Ecuador	El Salvador	Guatemala	Guyana Francesa	Honduras	México	Multipaís	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	Región de las Américas	República Dominicana	Uruguay	Venezuela	Total
Acné								16,7															0,5
Cáncer de piel			1,9			11,1	100,0		5,0	18,2						7,7							3,3
Cáncer de piel no melanoma			5,8		14,3								7,7										2,8
Dermatitis atópica	5,0		1,9		7,1																		1,4
Dermatitis de contacto	5,0																						0,5
Escabiosis					7,1								7,7										0,9
Esclerosis sistémica			1,9																				0,5
Esporotricosis			1,9																				0,5
Hidradenitis supurativa			1,9																				0,5
Leishmaniasis	10,0	25,0	7,7		14,3	11,1			15,0	18,2			7,7	25,0	100,0	7,7	11,1	14,3	66,7			33,3	11,2
Lepra	5,0		40,4		21,4	11,1		33,3	5,0				7,7			7,7	11,1	14,3					15,4
Lupus eritematoso sistémico			1,9	9,1				16,7		9,1				25,0						50,0			2,8
Melanoma cutáneo			1,9			11,1							7,7										1,4
Miasis cutánea						11,1			5,0			16,7				7,7							1,9
Micetoma													7,7										0,5
Mpox		25,0	3,8		7,1	11,1		16,7	10,0			33,3	7,7			15,4	22,2	28,6			25,0		8,4
Oncocercosis			1,9							18,2			7,7									66,7	2,8

Frecuencia (%)

Condición	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	Costa Rica	Cuba	Ecuador	El Salvador	Guatemala	Guyana Francesa	Honduras	México	Multipaís	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	Región de las Américas	República Dominicana	Uruguay	Venezuela	Total
<i>Pénfigo vulgar</i>													7,7										0,5
<i>Psoriasis</i>	10,0		1,9										7,7			15,4	11,1						3,3
<i>Queratosis actínica</i>					7,1								7,7										0,9
<i>Rickettsiosis</i>	5,0															7,7							0,9
<i>Sarampión</i>	10,0	25,0							5,0			16,7						14,3		50,0			3,3
<i>Tungiasis</i>					7,1																		0,5
<i>Varicela</i>	25,0		9,6		7,1									25,0		7,7					25,0		6,5
<i>Varicela / herpes zóster</i>	5,0																				25,0		0,9
<i>Viruela</i>									5,0														0,5
<i>VPH / verrugas anogenitales</i>	10,0		3,8						15,0									14,3					3,7
<i>Varias condiciones dermatológicas inmunoprevenibles</i>	5,0		1,9	18,2	7,1	33,3		16,7	20,0	27,3		33,3	15,4			7,7	11,1	14,3					10,7
<i>Varias condiciones dermatológicas</i>	5,0	25,0	9,6	72,7					15,0	9,1	100,0			25,0		15,4	33,3		33,3		25,0		13,1

Nota: La clasificación corresponde al conteo de documentos únicos; la síntesis narrativa integra los aportes de cada documento según las categorías temáticas pertinentes.

Fuente: elaboración propia

La calidad metodológica de los estudios que reportaron resultados relacionados con la implementación de acciones de política pública fue en general variable, con puntuaciones intermedias-altas en la mayoría de los estudios de prevalencia e intermedias-bajas en la mayoría de los transversales. Las principales fortalezas incluyeron el uso de métodos válidos y estandarizados para la medición de las condiciones estudiadas y, en varios casos, análisis estadísticos apropiados. No obstante, fueron frecuentes las limitaciones relacionadas con la descripción insuficiente de las características de los participantes, posibles sesgos de selección y representatividad, uso de registros secundarios con potencial subregistro o pérdida de información, así como ausencia de identificación y control de factores de confusión. En los estudios transversales, además, se observaron con frecuencia instrumentos no validados, mediciones basadas en autorreporte y análisis principalmente descriptivos, lo que limita la inferencia causal y la generalización de los resultados.

En general, los estudios cuasi-experimentales y de cohorte mostraron calidad metodológica moderada a alta, destacándose la adecuada medición de desenlaces y el uso de análisis estadísticos apropiados, aunque con limitaciones frecuentes relacionadas con ausencia de grupos control, control insuficiente de confusión y uso de datos secundarios. En los estudios cualitativos, se identificó una adecuada coherencia metodológica, aunque se evidenciaron debilidades en el reporte del marco teórico y la reflexividad. Las revisiones sistemáticas tuvieron bajo riesgo global de sesgo, mientras que las evaluaciones económicas mostraron calidad heterogénea, con diferencias importantes en el reporte metodológico y manejo de incertidumbre y costos. (Ver Tabla 2).

La información completa sobre las características de cada documento incluido se encuentra en el **Material suplementario 1**.

4.1 ENFERMEDADES INFECCIOSAS CON MANIFESTACIONES CUTÁNEAS

4.2 PARASITARIAS

4.2.1 Escabiosis

Se identificaron dos estudios únicos sobre escabiosis (2,3), que corresponden al 2,2% del total de estudios incluidos. Ambos se desarrollan a nivel nacional, uno en Colombia (2) y otro en México (3). En cuanto al tipo de documento, se incluyen un lineamiento (2) y una guía de práctica clínica (3), orientados a la estandarización del abordaje de esta condición.

Los dos estudios proponen intervenciones centradas en la estandarización de la práctica clínica, incluyendo acciones de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento. El estudio colombiano (2) incorpora además estrategias de vigilancia, búsqueda activa de casos y uso de tecnologías como teledermatología y microscopía digital. Ambos documentos están dirigidos a la población general, con énfasis en grupos vulnerables como niños, adultos mayores, personas privadas de la libertad y poblaciones en condiciones de hacinamiento.

El nivel de intervención es macro (nacional) y se enmarca en la atención primaria en salud. Solo un estudio (2) reporta medidas epidemiológicas, describiendo prevalencias entre 5,3 y 49,0 casos por 100.000 habitantes en Colombia. Entre las barreras se incluyen limitaciones en el diagnóstico oportuno, tratamiento y condiciones estructurales, mientras que los facilitadores comprenden la disponibilidad de tratamientos, capacitación del personal y soporte normativo.

4.2.2 Leishmaniasis

La revisión sistemática identificó un total de 24 documentos relacionados con leishmaniasis (4–27), evidenciando una amplia producción técnico-normativa en América Latina y a nivel regional. Los documentos provienen de países de América del Sur (Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, Perú, Paraguay y Venezuela), Centroamérica (El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Costa Rica y Panamá), así como de organismos regionales como la OPS (10,11). En su mayoría, corresponden a manuales, protocolos, lineamientos, normas, planes/programas, estudios observacionales y reportes programáticos con un claro predominio de enfoques orientados a la estandarización de la vigilancia, el diagnóstico, el tratamiento y el control vectorial.

En términos generales, los estudios coinciden en caracterizar la leishmaniasis como una enfermedad zoonótica desatendida, de transmisión vectorial, con alta carga de enfermedad y persistencia en la región (todos los documentos). Se reconoce como un problema de salud pública de amplia distribución geográfica, particularmente en zonas tropicales y subtropicales, con patrones epidemiológicos heterogéneos entre países y territorios (9,10,16). Algunos documentos reportan magnitudes importantes, como más de 21.000 casos en Brasil y más de 10.000 en Colombia en periodos analizados (10), así como incidencias elevadas en países como Nicaragua, Perú y Guatemala (11). A nivel nacional, se documentan tasas específicas como 61,15 casos por 100.000 habitantes para leishmaniasis cutánea en Colombia (16) y 40,2 por 100.000 en Panamá (23). Adicionalmente, se reportan cargas importantes a nivel regional, como más de 11.600 casos notificados en Ceará (Brasil), evidenciando la persistencia de la endemidad (8).

Desde el punto de vista clínico, existe consenso en la clasificación en tres formas principales: cutánea, mucocutánea y visceral, siendo la forma cutánea la más frecuente, representando entre el 95% y 98% de los casos en Colombia (15). La forma visceral, aunque menos frecuente, se reconoce como la más grave y potencialmente fatal, especialmente en poblaciones vulnerables como niños y personas inmunocomprometidas (15,16). Asimismo, se destaca una importante variabilidad clínica y epidemiológica, lo que ha motivado el desarrollo de múltiples guías y lineamientos orientados a la estandarización de la práctica clínica (23,24).

Un hallazgo consistente en todos los documentos es la asociación de la leishmaniasis con determinantes sociales, ambientales y estructurales. Entre los factores más relevantes se incluyen la pobreza, las condiciones de vivienda precaria, la malnutrición, el acceso limitado a servicios de salud, la deforestación, la urbanización, el cambio climático, así como la migración y el desplazamiento poblacional (13,15,16,19,23). Adicionalmente, se reconoce el riesgo ocupacional en trabajadores rurales, agrícolas y forestales, quienes presentan

mayor exposición al vector (9). Las poblaciones más afectadas corresponden a habitantes de zonas endémicas, especialmente en áreas rurales, así como niños y personas con inmunosupresión (15–17).

En relación con las políticas y estrategias, la evidencia muestra una fuerte orientación hacia el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la integración de acciones en el sistema de salud. A nivel regional, el Plan de Acción para el periodo 2023–2030 (11) propone reducir la morbilidad mediante el fortalecimiento del diagnóstico, el tratamiento, la vigilancia y el control, incorporando metas, indicadores y mecanismos de monitoreo. A nivel nacional, los países han desarrollado una amplia gama de instrumentos normativos, incluyendo protocolos obligatorios de vigilancia (16,17,25,27), lineamientos de atención integral (16,19), programas nacionales de control (26) y normas específicas de manejo vectorial (18,22). Estos instrumentos buscan estandarizar procesos, mejorar la notificación y fortalecer la respuesta institucional frente a la enfermedad.

Las acciones implementadas son altamente consistentes entre países y se estructuran en varios componentes clave. En primer lugar, la vigilancia epidemiológica constituye el eje central, incluyendo notificación obligatoria, vigilancia activa, pasiva y comunitaria, así como la investigación de casos y brotes (16,17,25,27). En segundo lugar, el diagnóstico se basa en métodos parasitológicos como frotis y biopsia, complementados con pruebas inmunológicas (rk39, IFI) y técnicas moleculares como la PCR (15,19,21). En tercer lugar, el tratamiento se fundamenta en el uso de antimoniales pentavalentes como primera línea, con alternativas como miltefosina y anfotericina B en casos específicos, además de terapias locales como la termoterapia (15,19,24). En cuarto lugar, el control vectorial incluye estrategias como el rociado residual intradomiciliario, la vigilancia entomológica y el manejo ambiental (10,16,18). Finalmente, se destacan las acciones de educación y participación comunitaria, orientadas a la prevención y detección temprana (11,17,26). De manera complementaria, algunos documentos reportan el fortalecimiento de redes de diagnóstico como estrategia para mejorar la calidad y cobertura (12).

En cuanto a los resultados, la mayoría de los documentos reportan indicadores epidemiológicos y operativos, más que evaluaciones de impacto. Se describen tasas de incidencia variables entre países (11), así como mejoras esperadas en la reducción de la transmisión mediante estrategias de control vectorial (18,22) y en la capacidad diagnóstica a través del fortalecimiento de redes de laboratorio (12,21). Sin embargo, se evidencia una limitada disponibilidad de evaluaciones robustas que permitan medir el efecto directo de las intervenciones implementadas. No obstante, algunos estudios reportan mejoras en atributos del sistema de vigilancia como consistencia y completitud de datos, aunque persisten retrasos en el cierre de casos y debilidades en la calidad del registro (8).

De manera complementaria, se reportó la implementación de sistemas regionales de vigilancia como el Sistema Regional de Información sobre la Leishmaniasis (SisLeish de OPS) (4), que han permitido mejorar la oportunidad y completitud de los datos epidemiológicos entre países, incrementando el reporte oportuno y la cobertura de notificación en la región (4).

En Brasil, la evaluación del sistema Sinan (Sistema de Información para Enfermedades de Declaración Obligatoria) mostró buen desempeño en consistencia de algunas variables, pero debilidades importantes en completitud del diligenciamiento y representatividad (limitada en precisión de descripción), además de una oportunidad limitada, con un tiempo promedio entre notificación y cierre de caso de 85,8 días (mediana 70 días) (8).

Asimismo, se observa la consolidación de redes nacionales de laboratorios como estrategia clave para fortalecer el diagnóstico, integrando diferentes niveles del sistema de salud (5). Esta estrategia nacional, integrada al sistema de salud, fue evaluada en un estudio transversal de calidad adecuada entre 2017 y 2020. Los resultados evidenciaron un aumento en la cobertura diagnóstica, pasando de 21 pruebas en 2017 a 499 en 2020, y una baja adherencia al algoritmo de manejo, ya que el 63,3 % de los exámenes parasitológicos directos negativos no fueron remitidos a PCR (5).

Por otra parte, se reportan resultados sobre la adopción de una estrategia alternativa, dirigida al control de la leishmaniasis tegumentaria en población indígena Wajãpi, residente en la Amazonía brasileña, entre 2012 y 2015, comparando con el enfoque estándar recomendado por el Ministerio de Salud en tres componentes: detección y diagnóstico de casos, tratamiento y análisis epidemiológico, frente a la estrategia alternativa que tiene un enfoque participativo, incorporando activamente a la comunidad. La estrategia alternativa incluye la captación y diagnóstico mediante toma de muestras en la propia aldea por Agentes Indígenas de Salud (AIS) y envío de estas al Distrito Sanitario Especial Indígena, con transmisión de resultados por radio, el tratamiento local con supervisión médica a distancia, y la construcción colectiva de información epidemiológica como el lugar probable de infección. Además, integra el conocimiento local en el estudio de vectores y hospederos, mediante métodos participativos que consideran el uso del territorio y la fauna, mejorando la pertinencia, oportunidad y adherencia de las intervenciones. El enfoque comunitario redujo el tiempo al diagnóstico (mediana: 11 vs. 31 días; $p < 0,00001$) y aumentó la curación en el primer ciclo (86 % vs 62,5 %), sin eventos adversos graves. Asimismo, mejoró la calidad y especificidad de la información sobre el lugar probable de infección, evidenciando una mejor identificación de riesgos mediante enfoques participativos (7).

Finalmente, se identifican múltiples barreras para la implementación efectiva de estas estrategias, entre las que destacan el acceso limitado a diagnóstico especializado, la baja capacidad resolutoria del primer nivel de atención, el subregistro de casos, las dificultades geográficas en zonas rurales, la escasez de personal capacitado, limitaciones de financiamiento, problemas logísticos, debilidades tecnológicas y baja adherencia a protocolos.(4,5,7,11,15,19–21,23). La evidencia también destaca barreras culturales y prácticas locales de atención que afectan la adherencia al tratamiento y el acceso oportuno a servicios de salud; en el plano sociocultural, el miedo, la vergüenza, la baja educación en salud y el uso de remedios tradicionales retrasan la atención adecuada (6).

Entre los facilitadores, se resaltan la existencia de marcos normativos y programas nacionales, la disponibilidad de tratamiento gratuito en algunos contextos, la cooperación internacional, particularmente de la OPS, y el fortalecimiento progresivo de redes de

laboratorio (5,10–12,17,20,26), así como la participación comunitaria, la adopción de un enfoque intercultural, la capacitación del personal y el apoyo de organismos internacionales (4,6,7).

Estos hallazgos evidencian una respuesta regional estructurada y coherente frente a la leishmaniasis, aunque con importantes desafíos en términos de implementación, acceso y evaluación de impacto, en un contexto fuertemente determinado por condiciones sociales y ambientales.

4.2.3 Oncocercosis

La oncocercosis se abordó en seis estudios (28–33), los cuales se concentraron principalmente en Guatemala, México, Venezuela y Brasil. La evidencia se caracteriza por un predominio de reportes programáticos, estudios observacionales y evaluaciones de programas de eliminación, con énfasis en intervenciones a nivel comunitario y sistemas de salud en contextos rurales y de difícil acceso.

La principal estrategia identificada fue la administración masiva de medicamentos (AMM o MDA, por sus siglas en inglés) con ivermectina, implementada de manera sostenida durante varias décadas como parte del Programa de Eliminación de la Oncocercosis para las Américas. En Guatemala (28), esta estrategia alcanzó coberturas superiores al 85% en la mayoría de las rondas, lo que permitió reducir progresivamente la prevalencia de microfilarias hasta su eliminación y la interrupción de la transmisión, confirmada tras un periodo de vigilancia postratamiento de tres años. Resultados similares se observaron en México (33), donde la vigilancia posterior a la eliminación no evidenció transmisión activa, a pesar de la identificación de casos sospechosos.

En Venezuela y Brasil (30–32), aunque se documentaron avances significativos, persisten desafíos asociados a focos activos en regiones amazónicas, particularmente en poblaciones indígenas y zonas fronterizas. En estos contextos, la intensificación de la MDA (hasta esquemas trimestrales) mostró reducciones importantes en la carga parasitaria y en la transmisión vectorial; sin embargo, factores como la inaccesibilidad geográfica, la movilidad poblacional y las limitaciones logísticas han dificultado alcanzar coberturas óptimas de manera sostenida.

Un componente clave transversal fue el fortalecimiento de sistemas de vigilancia epidemiológica, entomológica y serológica. Los estudios destacan el uso de herramientas como PCR en vectores, evaluaciones serológicas en población infantil (anticuerpos Ov16) y monitoreo en comunidades centinela, lo cual permitió documentar la interrupción de la transmisión y sustentar decisiones como la suspensión del tratamiento masivo (28,31–33). Asimismo, la fase de vigilancia post-eliminación emerge como un elemento crítico para detectar posibles recrudescencias y garantizar la sostenibilidad de los logros alcanzados.

Desde la perspectiva comunitaria, el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas en Guatemala (29) evidenció altos niveles de aceptación del tratamiento y mejoría en el conocimiento sobre la enfermedad; no obstante, persistieron percepciones de incertidumbre frente a la eliminación, así como una demanda de continuidad del

tratamiento, lo que sugiere la necesidad de fortalecer las estrategias de comunicación y educación en la fase post-intervención.

Entre las principales barreras se identificaron la dispersión geográfica, el acceso limitado a comunidades remotas, problemas en la continuidad programática, y factores sociopolíticos como conflictos territoriales y actividades ilegales (30–32). Como facilitadores, se destacan la alta cobertura de tratamiento, la participación comunitaria, las alianzas internacionales y la disponibilidad de sistemas de vigilancia robustos.

La evidencia muestra que la eliminación de la oncocercosis es alcanzable en contextos latinoamericanos, pero depende de intervenciones sostenidas, adaptadas a contextos locales, y de una vigilancia continua incluso después de interrumpida la transmisión.

4.2.4 Tungiasis

En la categoría de tungiasis se incluyó un documento (34), correspondiente a un plan nacional de prevención y control en Colombia, con un enfoque programático e integral orientado a poblaciones rurales y vulnerables. Este documento aborda la tungiasis como una enfermedad tropical desatendida estrechamente vinculada a determinantes sociales, especialmente pobreza, condiciones precarias de vivienda y limitado acceso a servicios de salud y saneamiento.

El principal problema identificado es la alta carga de enfermedad con transmisión persistente, agravada por un subregistro significativo en los sistemas de información, debido a que las personas afectadas en zonas rurales dispersas no acceden a servicios de salud y recurren a prácticas caseras inseguras para la extracción del parásito (34). Estas condiciones favorecen complicaciones, discapacidad y estigmatización, perpetuando ciclos de inequidad.

La intervención descrita corresponde a un modelo de gestión integrada bajo el enfoque de “*One Health*”, que articula acciones dirigidas a humanos, animales y el entorno. Incluye estrategias de vigilancia activa comunitaria, educación en salud con enfoque intercultural, tratamiento farmacológico con dimeticona y acciones sobre determinantes ambientales como la mejora de viviendas y saneamiento básico (34). La implementación se realiza principalmente a nivel comunitario en entornos rurales, con participación de equipos extramurales y autoridades territoriales.

El plan prioriza poblaciones en situación de vulnerabilidad, incluyendo niños, adultos mayores, comunidades rurales dispersas y grupos étnicos. Aunque no se reportan resultados cuantitativos detallados, los desenlaces esperados incluyen la reducción de la morbilidad, la disminución de casos de hiperinfestación, la prevención de discapacidad y la reducción del estigma asociado a la enfermedad.

Entre las principales barreras se encuentran el subregistro epidemiológico, la persistencia de prácticas culturales de riesgo, las condiciones estructurales como pisos de tierra y la presencia de reservorios animales sin control. Como facilitadores, se identifican la inclusión del tema en políticas nacionales, la disponibilidad gratuita de tratamiento y el apoyo técnico internacional. Los resultados muestran que el control de la tungiasis requiere intervenciones

integrales que aborden simultáneamente factores clínicos, sociales y ambientales, con fuerte énfasis en la participación comunitaria y la acción intersectorial (34).

4.2.1 Miasis

Para el caso de la miasis, la evidencia identificada correspondió principalmente a cuatro documentos para la estandarización de la práctica clínica, incluyendo lineamientos, GPC y documentos de vigilancia epidemiológica orientados a su diagnóstico, manejo y prevención (35–38). Estos documentos reflejan un abordaje institucional de la miasis como un problema de salud pública, particularmente en contextos donde persisten condiciones ambientales y sociales que favorecen su transmisión (35,37).

Desde el punto de vista clínico y epidemiológico, la miasis es una infestación parasitaria causada por larvas de dípteros, que afecta principalmente a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, incluyendo zonas rurales, áreas con limitaciones en saneamiento básico y poblaciones con barreras de acceso a servicios de salud (35,36). Su presentación clínica puede variar desde formas cutáneas localizadas hasta manifestaciones más severas, dependiendo del agente causal y del estado del huésped. La enfermedad se asocia con determinantes sociales de la salud, como pobreza, condiciones higiénico-sanitarias deficientes y limitado acceso a atención oportuna (37).

Los documentos identificados, provenientes de Costa Rica, El Salvador, Honduras y Panamá, evidencian esfuerzos orientados al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, la estandarización del manejo clínico y la implementación de estrategias integrales de control. Se destacan lineamientos nacionales que establecen protocolos para la notificación, diagnóstico y tratamiento de casos, así como orientaciones para la articulación entre niveles de atención y sectores involucrados (35–37). Asimismo, se identifican guías clínicas que buscan mejorar la capacidad resolutoria del sistema de salud frente a esta condición (38).

Estas herramientas de implementación incluyen el desarrollo de sistemas de vigilancia epidemiológica, protocolos clínicos estandarizados, algoritmos diagnósticos y terapéuticos, y estrategias de educación en salud dirigidas a la prevención y el reconocimiento temprano de la enfermedad (35–37). Estas acciones se orientan tanto a profesionales de la salud como a la comunidad, con énfasis en poblaciones en riesgo (36). Adicionalmente, se promueve la articulación intersectorial, especialmente en relación con salud pública, saneamiento ambiental y control de vectores (36).

Al igual que en otras condiciones dermatológicas, la evidencia sobre impacto en desenlaces en salud es limitada, dado que predominan documentos técnicos sin evaluación de implementación.

Finalmente, entre las principales barreras se brechas en el acceso a servicios de salud en zonas rurales, y condiciones estructurales relacionadas con determinantes sociales que dificultan el control de la enfermedad. Como facilitadores, se destacan la existencia de lineamientos técnicos, capacitación, apoyo institucional y la implementación de estrategias integrales que combinan vigilancia, atención clínica y acciones de prevención comunitaria (36,38).

4.3 BACTERIANAS

4.3.1 Lepra

Se identificaron 33 documentos relacionados con lepra en América Latina (39–71), los cuales corresponden principalmente a instrumentos normativos, técnicos y programáticos emitidos por ministerios de salud, institutos nacionales y organismos rectores del sistema sanitario. La distribución geográfica evidencia una mayor concentración de documentos en Brasil, Colombia y Ecuador, seguidos por Argentina, México, Perú, Paraguay, Panamá, Costa Rica y El Salvador. Esta concentración refleja la priorización de la lepra como problema de salud pública en países con mayor carga de enfermedad o con estrategias activas de eliminación (42,47).

En cuanto al tipo de documento, predominan los lineamientos, protocolos clínicos y de vigilancia, normas técnicas, guías de práctica clínica y planes estratégicos nacionales, lo que indica un campo dominado por la producción normativa más que por estudios empíricos evaluativos. En conjunto, estos documentos configuran un marco técnico robusto orientado a la estandarización de la atención, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la implementación de programas de control y eliminación (47,48).

Los problemas abordados se agrupan en tres categorías principales. En primer lugar, la persistencia de la transmisión y la carga de enfermedad, especialmente en áreas endémicas o con alta vulnerabilidad social, se identifica como el eje central de aproximadamente la mitad de los documentos (39,41,45). En segundo lugar, se destaca la variabilidad clínica y la falta de estandarización diagnóstica y terapéutica, lo que dificulta el reconocimiento oportuno de la enfermedad en los servicios de atención primaria (46,48). En tercer lugar, se reportan debilidades en los sistemas de vigilancia y subregistro de casos, particularmente en regiones rurales o con baja notificación histórica (46,48).

Las intervenciones descritas responden a estos problemas mediante tres enfoques principales. El primero es la estandarización de la práctica clínica, a través de guías y protocolos que definen criterios diagnósticos, clasificación de la enfermedad (paucibacilar y multibacilar), esquemas de tratamiento con poliquimioterapia y seguimiento clínico (48). El segundo corresponde al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, incluyendo la notificación obligatoria, la búsqueda activa de casos, la investigación de contactos y el uso de sistemas de información nominal (39,45,46). El tercero incluye planes y programas nacionales de control o eliminación, que integran componentes de gestión, monitoreo de indicadores, articulación intersectorial y metas a mediano y largo plazo, particularmente con horizonte al año 2030 (41,47).

La población objetivo es consistente en todos los documentos e incluye la población general con sospecha de lepra y los contactos de casos confirmados, con énfasis en grupos prioritarios como niños menores de 15 años, comunidades rurales o indígenas, y poblaciones en condiciones de vulnerabilidad (45,47). Este enfoque refleja el reconocimiento de la lepra como una enfermedad asociada a determinantes sociales, incluyendo pobreza, acceso limitado a servicios de salud y condiciones de vida precarias (42,44).

Entre las principales barreras identificadas se destacan de manera consistente el diagnóstico tardío, el estigma y la discriminación, la falta de capacitación del personal de salud en el primer nivel de atención, y las desigualdades en el acceso a servicios diagnósticos y terapéuticos (43,46,48). Asimismo, varios documentos señalan el impacto de factores estructurales y contextuales que afectan la detección de casos y la continuidad de las actividades de vigilancia y control (42,43).

En contraste, los principales facilitadores incluyen la disponibilidad de tratamiento gratuito con poliquimioterapia, la existencia de programas nacionales estructurados, el apoyo de organismos internacionales, y el fortalecimiento de redes de laboratorio y sistemas de información en salud (41,45,47).

Los resultados esperados de las intervenciones se centran en el diagnóstico precoz, la reducción de la discapacidad especialmente la discapacidad grado 2 al momento del diagnóstico, la interrupción de la transmisión y la eliminación de la lepra como problema de salud pública (40,41). Para el seguimiento de estos objetivos, los documentos utilizan principalmente indicadores de incidencia, prevalencia, tasas de detección en población general y en menores de 15 años, y proporción de casos con discapacidad al diagnóstico (40,46,48).

La evidencia muestra que la lepra en América Latina se aborda mediante un modelo integral que combina acciones clínicas, epidemiológicas y programáticas. No obstante, persisten desafíos importantes relacionados con la detección oportuna, la equidad en el acceso a servicios y la superación del estigma social, lo que limita el avance hacia la eliminación definitiva de la enfermedad en la región (42–44).

4.3.2 Rickettsiosis

En la categoría de rickettsiosis, la evidencia proviene de dos guías de práctica clínica y documentos normativos en Argentina y Panamá (72,73), centrados en la estandarización del diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica. Ambos documentos responden a un problema común: la alta variabilidad clínica y el subdiagnóstico, derivados de la similitud de los síntomas con otras enfermedades febriles y la limitada sospecha clínica en los servicios de salud.

En Argentina (72), la guía para fiebre manchada por *Rickettsia parkeri* establece definiciones de caso, algoritmos diagnósticos (PCR, inmunofluorescencia) y tratamiento oportuno con doxiciclina, enfatizando la necesidad de iniciar manejo sin confirmación de laboratorio. Asimismo, incorpora medidas de prevención orientadas a la exposición a garrapatas y refuerza la vigilancia bajo el marco de notificación obligatoria.

En Panamá (73), la guía surge en un contexto de alta letalidad (64%), destacando la urgencia del diagnóstico temprano y la implementación obligatoria de protocolos clínicos unificados en todo el sistema de salud. Se resalta el trabajo interinstitucional como facilitador clave y la necesidad de fortalecer sistemas de vigilancia electrónica.

Las principales barreras incluyen dificultades diagnósticas, acceso limitado a laboratorios y baja sospecha clínica. En conjunto, la evidencia subraya que la reducción de la mortalidad

depende de la detección precoz, la estandarización clínica y el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica.

4.4 VIRALES

4.4.1 Sarampión

En la categoría de sarampión se incluyeron siete documentos (74–80), correspondientes principalmente a lineamientos, protocolos y normativas nacionales orientadas al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, la vacunación y la respuesta ante brotes. Los estudios provienen de países de América Latina, incluyendo Argentina, Bolivia, El Salvador, Honduras, Perú y República Dominicana, con un enfoque predominante a nivel macro del sistema de salud.

El problema más frecuentemente identificado corresponde a la alta carga de enfermedad y el riesgo de transmisión persistente, asociado a la disminución de coberturas vacunales, la acumulación de población susceptible y la alta movilidad poblacional (75,77). Asimismo, se reporta la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica mediante la notificación oportuna y completa de casos sospechosos (74,79), así como limitaciones en el diagnóstico clínico por la similitud con otras enfermedades febriles exantemáticas (78).

Las intervenciones descritas incluyen estrategias integrales que combinan vigilancia y notificación obligatoria, vacunación sistemática y de bloqueo, y fortalecimiento de la capacidad resolutoria del sistema de salud. En particular, se destacan los sistemas de notificación inmediata e investigación epidemiológica con búsqueda activa de casos y seguimiento de contactos (74,77,79). En contextos de brote, se implementan campañas de vacunación focalizada con dosis adicionales en población infantil y monitoreo de coberturas (75). A nivel del primer nivel de atención, se incluyen estrategias de triaje diferenciado, toma de muestras para confirmación diagnóstica y aislamiento de casos (78).

Adicionalmente, algunos documentos incorporan intervenciones intersectoriales, especialmente en entornos educativos, que incluyen medidas de bioseguridad, promoción de la vacunación y coordinación entre sectores salud y educación (76). Estas acciones reflejan un abordaje integral que trasciende el ámbito clínico.

Entre las principales barreras se encuentran la movilidad poblacional, las brechas en cobertura de vacunación, el silencio epidemiológico en algunos territorios y factores sociales como desnutrición o acceso limitado a servicios de salud (77,80). Como facilitadores, se identifican el respaldo normativo que garantiza la obligatoriedad y gratuidad de la vacunación, la existencia de sistemas de vigilancia estructurados, la disponibilidad de equipos de respuesta rápida y el soporte de laboratorios especializados (77).

Los resultados evidencian que el control del sarampión en la región depende de la articulación entre vigilancia epidemiológica sensible, coberturas vacunales adecuadas y capacidad de respuesta rápida ante casos sospechosos, especialmente en contextos de riesgo de reintroducción del virus.

4.4.2 Varicela

Para varicela se incluyeron 16 documentos/estudios (81–96). La evidencia procede de Panamá, Colombia, Brasil, Argentina, Uruguay y revisiones multipaís de América Latina y el Caribe. Predominaron los diseños observacionales retrospectivos, ecológicos, transversales y de series temporales, además de una evaluación económica, revisiones sistemáticas y documentos de política o protocolos nacionales.

El problema común fue la alta carga de enfermedad por varicela y su transmisión persistente, especialmente en población infantil. Los estudios documentan incidencia elevada, hospitalizaciones, complicaciones cutáneas y respiratorias, brotes institucionales, mortalidad prevenible y costos para los sistemas de salud. En Panamá, tras la vacunación universal, las hospitalizaciones disminuyeron 47% en promedio, con una reducción acumulada de 72,7% y una reducción observada frente a lo esperado de 88,3% en menores de 14 años; la cobertura aumentó de 42,6% a 91,4% entre 2014 y 2019 (81). En Colombia, la incidencia disminuyó 70,5% en la población objetivo de 1 a 4 años y 54,8% en la población general; la mortalidad pasó de 0,8 a 0,5 por millón en población general y de 1,3 a 0,5 por millón en la población objetivo (82).

Brasil concentró varios estudios. A nivel nacional y macrorregional, se reportaron reducciones de hospitalizaciones de 40% en menores de 1 año, 47% en niños de 1 a 4 años y 16% en niños de 5 a 14 años; la mortalidad se redujo 57%, 49% y 17% en los mismos grupos etarios (83). Otro estudio mostró que las hospitalizaciones en niños de 1 a 4 años disminuyeron de 27,33 a 14,33 por 100.000/año, equivalente a 47,6%, y que los costos directos de hospitalización por virus varicela-zóster disminuyeron 37,91% (84). En Minas Gerais, las hospitalizaciones se redujeron 61,5% con una dosis y 95,2% dos años después de introducir una dosis adicional; la mortalidad hospitalaria pasó de 1,4% en el periodo prevacunal a 0% con dos dosis (85). Otros estudios brasileños reportaron 830 hospitalizaciones, con reducción posvacunal de 47,1% (88), y una disminución de ingresos hospitalarios de 5.382 en 2014 a 3.898 en 2016, con costos totales de 11.641.343 BRL (89).

En Argentina, la vacunación universal se asoció con una disminución de casos promedio anuales de 145.396 a 88.652,5 y una reducción de la tasa de 6,95 a 3,89 por 100.000 habitantes (87). En el análisis nacional 2008–2019, se notificaron 1.426.433 casos y 171 muertes; las muertes bajaron de 20 en 2008 a 2 en 2019, sin muertes en menores de cinco años en 2019 (93). Se estimaron 144.811 casos evitados en la población objetivo y 249.090 en la población general, con reducciones de incidencia de hasta 83,9% en periodos pico de 2019 (93). La evaluación económica estimó costos evitados acumulados de 65,4 millones de dólares en la población objetivo y 112,4 millones en población general (94). En brotes nosocomiales, los eventos disminuyeron de 237 en el periodo prevacunal a 22 en el posvacunal, con reducción ajustada de 59,13% y ahorro anual estimado de 3.103 USD (91).

Uruguay mostró coberturas de 95–97%, con incidencia que pasó de 105 por 100.000 en 1999 a 24 en 2019, y luego a 12 por 100.000 en 2019–2021; sin embargo, se describieron brotes persistentes y desplazamiento hacia edades mayores (90). La revisión regional reportó reducciones de 74% en Costa Rica, 87% en consultas ambulatorias en Uruguay, 75,5% en Florianópolis y 86% en hospitalizaciones nacionales en Costa Rica (86).

Las barreras incluyeron subregistro, vigilancia pasiva, datos administrativos incompletos, falta de información individual sobre vacunación, coberturas subóptimas, heterogeneidad territorial y efectos de COVID-19 (82,83,87,93,95). Los facilitadores fueron programas nacionales de inmunización, financiamiento público, sistemas de vigilancia, infraestructura de cadena de frío, recomendaciones internacionales y evidencia local. Las recomendaciones convergen en sostener la vacunación universal, avanzar hacia esquemas de dos dosis, mantener coberturas altas, fortalecer vigilancia, monitorear brotes y aplicar profilaxis posexposición en poblaciones vulnerables (95,96).

4.4.3 Viruela

Para viruela se identificó un documento normativo (97) correspondiente a El Salvador. Este documento, de tipo resolución ministerial, aborda el riesgo de propagación de enfermedades inmunoprevenibles, enmarcando la viruela dentro de un enfoque más amplio de vigilancia en salud pública.

El problema identificado se relaciona con la persistencia del riesgo epidemiológico y la necesidad de fortalecer los sistemas de vigilancia, más que con carga de enfermedad activa, considerando el contexto global de erradicación de la viruela. En este sentido, la acción principal corresponde a la implementación de estrategias de vigilancia y notificación, mediante la creación de un Equipo de Gestión de Vigilancia Centinela Integrado de Enfermedades Inmunoprevenibles (97). Esta intervención se plantea a nivel intersectorial y del sistema de salud, con el objetivo de mejorar la detección temprana, el monitoreo epidemiológico y la capacidad de respuesta ante posibles eventos (97).

No se reportan resultados cuantitativos, medidas epidemiológicas específicas ni desenlaces clínicos, lo cual es consistente con la naturaleza normativa del documento. Tampoco se describen explícitamente barreras o facilitadores; sin embargo, la formulación de este tipo de instrumentos sugiere la necesidad de articulación institucional, capacidad técnica y sostenibilidad operativa para su implementación efectiva.

En conjunto, la evidencia para viruela es limitada y de carácter normativo, centrada en el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica como pilar fundamental para la prevención de reemergencia y la gestión del riesgo sanitario.

4.4.4 VPH (Virus del Papiloma Humano)

Para VPH/verrugas anogenitales se identificaron ocho documentos/estudios (98–105), provenientes de Brasil, Argentina, El Salvador y Perú. La evidencia incluyó estudios observacionales retrospectivos y ecológicos, lineamientos técnicos, resoluciones normativas y planes nacionales de vacunación.

El problema común fue la alta carga de enfermedad asociada al VPH, incluyendo verrugas anogenitales, neoplasia intraepitelial cervical, cáncer cervicouterino y otras lesiones relacionadas. En El Salvador, los lineamientos reportan una incidencia de cáncer cervicouterino de 24,8 por 100.000 mujeres y mortalidad de 11,9 por 100.000, con 3 a 4 muertes semanales por esta neoplasia prevenible (102). Argentina reportó aproximadamente 5.000 casos y 1.800 muertes anuales por cáncer cervicouterino antes de fortalecer su estrategia de vacunación (101).

Las acciones se concentraron en la vacunación contra VPH, la ampliación de grupos elegibles, la simplificación de esquemas y el fortalecimiento de vigilancia y tamizaje. Brasil introdujo la vacuna tetravalente en 2014, inicialmente para niñas de 11 a 14 años, con posterior ampliación a niños y poblaciones de mayor riesgo (99). Argentina avanzó desde la vacunación en niñas, luego incorporación de varones de 11 años y esquemas de dos dosis, hasta una estrategia 2024 con vacuna nonavalente y dosis única para personas hasta los 20 años, manteniendo esquemas diferenciados para mayores de 21 años y cohortes específicas hasta los 26 años (100,101). Perú propuso en 2025 un plan nacional para niñas, niños y adolescentes de 9 a 18 años, con brigadas escolares, vacunación extramural, comunicación y monitoreo (105).

En términos de impacto, Brasil reportó 11.607 hospitalizaciones por verrugas anogenitales entre 2011 y 2019, con reducciones significativas tras la vacunación, especialmente en adolescentes de 15 a 19 años. Se estimaron 174 hospitalizaciones evitadas en mujeres de 15 a 19 años y 116 en hombres de la misma edad; además, se observaron reducciones en grupos no objetivo, como 301 hospitalizaciones evitadas en mujeres de 40 a 49 años (99). En São Paulo, la vigilancia de seguridad registró 465 reportes de eventos adversos tras vacunación, con tasa de 13,71 por 100.000 dosis; la mayoría fueron leves, y los eventos graves representaron 8,4%, sin secuelas reportadas (98).

Las barreras incluyeron subregistro, limitaciones de vigilancia pasiva, datos incompletos, desinformación, baja percepción de riesgo, acceso limitado a servicios, dificultades presupuestales, rechazo de padres o centros educativos, captación insuficiente de niñas fuera del sistema escolar y estigma en poblaciones clave (98,102,104,105). Como facilitadores se identificaron los programas nacionales de inmunización, gratuidad, obligatoriedad, articulación con el sector educativo, recomendaciones de OMS, sistemas de vigilancia ESAVI, disponibilidad de clínicas VICITS, organizaciones comunitarias y simplificación de esquemas (100,102–104).

Las recomendaciones de política convergen en sostener vacunación universal y equitativa, mejorar coberturas, implementar dosis única cuando corresponda, fortalecer cadena de frío y registro nominal, integrar educación y comunicación de riesgo, asegurar vigilancia de seguridad y articular vacunación con tamizaje molecular, colposcopia oportuna y atención integral de verrugas y lesiones precancerosas (100,103–105).

4.4.5 MPOX (viruela símica)

En esta categoría de infecciones virales con manifestaciones cutáneas se incluyeron múltiples documentos (106–123), provenientes de América Latina, con predominio de lineamientos técnicos, guías, protocolos y planes nacionales desarrollados entre 2022 y 2025 en respuesta a la emergencia sanitaria por mpox. Solo un estudio corresponde a diseño analítico, mientras que el resto corresponde a documentos normativos o de orientación técnica.

Geográficamente, los estudios abarcan Brasil (106,108), Bolivia (107), Colombia (109), Costa Rica (110), Ecuador (111), El Salvador (112,113), Honduras (114,115), México (116), Panamá (117,118), Paraguay (119,120), Perú (121,122) y Uruguay (123), evidenciando una respuesta regional amplia, homogénea y coordinada. La mayoría de las intervenciones se

implementan a nivel macro (nacional/regional) dentro del sistema de salud, con enfoque en población general, aunque varios documentos priorizan poblaciones clave como hombres que tienen sexo con hombres, personas con VIH y contactos estrechos (109,112,119,121).

El problema predominante identificado es la alta carga de enfermedad y transmisión persistente en el contexto de la ESPII (106,107,109,111,117,122,123), junto con la introducción de casos en países no endémicos y la baja inmunidad poblacional. Adicionalmente, algunos estudios destacan la variabilidad clínica y la falta de estandarización diagnóstica como retos importantes (108,114,120), particularmente en las fases iniciales del brote.

Las intervenciones se estructuran en cuatro ejes principales. El primero corresponde a la vigilancia epidemiológica intensificada, presente en prácticamente todos los estudios (107,109–111,114,116,117,122,123), que incluye notificación obligatoria e inmediata, definiciones estandarizadas de caso, investigación epidemiológica de campo, rastreo de contactos durante 21 días y vigilancia activa. Este componente se apoya en sistemas de información nacionales y en redes de laboratorio con diagnóstico por PCR, destacándose la descentralización progresiva (109).

El segundo eje corresponde a la estandarización de la práctica clínica (108,112,114,120), mediante protocolos que orientan la identificación de casos, diagnóstico diferencial, manejo sintomático, criterios de aislamiento y alta. Se resalta la necesidad de diferenciar mpox de otras enfermedades exantemáticas como varicela, sífilis y herpes (112,120).

El tercer eje incluye estrategias de prevención y control, como aislamiento, uso de elementos de protección personal EPP, educación en salud y comunicación de riesgo (110,111,117). La vacunación aparece como una estrategia focalizada (113,115,118), dirigida a contactos estrechos y poblaciones de alto riesgo, con esquemas definidos y monitoreo de eventos adversos.

El cuarto eje corresponde a la planificación y gestión de la respuesta sanitaria (106,118,121), mediante planes nacionales que integran vigilancia, atención, logística y coordinación intersectorial, incluyendo acciones en puntos de entrada y fortalecimiento de la capacidad del sistema.

En términos de resultados, la mayoría de los documentos no reporta indicadores cuantitativos debido a su naturaleza normativa. No obstante, algunos estudios aportan datos relevantes. En Colombia (109), se reporta el procesamiento de 9.473 notificaciones, con 4.264 casos confirmados. En Costa Rica (110), se confirmaron 36 casos de 112 investigados. En Perú (121), se reportan 167 casos en el contexto del plan nacional. El estudio analítico de Brasil (106) evidencia una reducción en la tasa de infección en los territorios con políticas públicas implementadas.

Las principales barreras incluyen limitaciones en capacidad diagnóstica inicial (109,111), desigualdades estructurales (106), estigmatización de poblaciones clave (111,119), desinformación (111), dificultades en el diagnóstico diferencial (116,120) y acceso limitado a vacunas y tratamientos (111,113). También se identifican desafíos en coordinación y adherencia a medidas de control.

Como facilitadores, destacan los marcos normativos sólidos (111,112), sistemas de vigilancia existentes (117,118), apoyo de OPS/OMS (110,111,119), disponibilidad de PCR y transferencia tecnológica (109), así como la capacitación del personal de salud.

Las implicaciones para el sistema de salud incluyen la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica, descentralizar el diagnóstico, integrar la respuesta con programas de VIH e ITS (109), garantizar recursos e infraestructura, y desarrollar estrategias de comunicación no estigmatizantes.

Finalmente, las recomendaciones apuntan a consolidar la vigilancia activa, fortalecer la detección temprana, ampliar la capacidad diagnóstica, promover la vacunación focalizada (113,115), mejorar la coordinación interinstitucional y mantener la preparación ante emergencias sanitarias. En conjunto, la evidencia muestra una respuesta rápida y estructurada en la región, aunque con limitada evidencia empírica sobre efectividad en resultados en salud.

4.5 MICÓTICAS

4.5.1 Micetoma

En la revisión sistemática se identificó evidencia limitada sobre micetoma, representada por un programa documentado de intervención comunitaria en México ($n = 1$), correspondiente a un reporte de implementación desarrollado en el estado de Guerrero entre 1991 y 2021 (124). A diferencia de otras enfermedades infecciosas cutáneas, la evidencia disponible no proviene de lineamientos nacionales o guías clínicas, sino de una experiencia programática longitudinal, centrada en la prestación de servicios y el fortalecimiento de capacidades en contextos rurales.

El documento analizado describe un Programa de Dermatología Comunitaria orientado a mejorar la detección, diagnóstico y manejo del micetoma en poblaciones vulnerables (124). El problema central que motiva la intervención incluye el diagnóstico tardío, la falta de acceso a atención dermatológica especializada, el desconocimiento de la enfermedad por parte del personal de salud, y las condiciones estructurales de vulnerabilidad asociadas a pobreza, ruralidad y aislamiento geográfico. Estos elementos configuran un escenario en el que el micetoma se comporta como una enfermedad desatendida, con importantes barreras de acceso tanto a diagnóstico como a tratamiento oportuno.

La intervención se clasifica como un programa de servicios de salud con enfoque comunitario, y se estructura a partir de múltiples componentes integrados. En primer lugar, incluye la capacitación del personal de salud local mediante cursos básicos de dermatología, con el fin de mejorar la capacidad diagnóstica en el primer nivel de atención. En segundo lugar, incorpora estrategias de educación comunitaria, orientadas a promover el reconocimiento temprano de signos y síntomas, así como la búsqueda oportuna de atención. En tercer lugar, contempla la realización de jornadas clínicas periódicas en zonas rurales, donde equipos de dermatólogos especialistas brindan atención gratuita, realizan evaluación clínica y confirman casos mediante estudios de laboratorio e imágenes diagnósticas cuando es necesario (124).

Un componente relevante es la incorporación progresiva de la teledermatología a partir de 2014, utilizada como herramienta para la formación continua del personal local, la asesoría diagnóstica remota y el seguimiento de pacientes en áreas de difícil acceso. Este elemento permitió ampliar la cobertura del programa y sostener el acompañamiento especializado sin requerir desplazamientos constantes, lo que resulta particularmente pertinente en contextos con limitaciones de seguridad o acceso físico (124).

El proceso operativo del programa inicia con la coordinación con autoridades locales y la sensibilización comunitaria, seguida de la implementación de jornadas clínicas en territorios previamente identificados como endémicos o con presencia de casos. Los pacientes detectados reciben tratamiento gratuito o son referidos a niveles de mayor complejidad, y el seguimiento se realiza de manera continua a través del personal de salud local capacitado. La intervención se implementa de forma periódica, con entre cuatro y siete visitas comunitarias anuales, complementadas con actividades de educación y soporte remoto (124).

La población objetivo corresponde a comunidades rurales en zonas endémicas, principalmente agricultores con recursos económicos limitados, lo que resalta la estrecha relación entre micetoma y determinantes sociales de la salud. En este contexto, el programa incorpora estrategias de adaptación cultural, como la difusión de información en idiomas o dialectos locales y la participación de traductores, favoreciendo la apropiación comunitaria y la aceptación de las intervenciones (124).

En términos de resultados, el programa reporta la identificación de 115 casos de micetoma y evidencia una mejora en la detección en fases más tempranas, así como una reducción de complicaciones asociadas al diagnóstico tardío. Además, se destaca la sostenibilidad del programa, que ha permanecido activo durante más de tres décadas, lo que sugiere una adecuada integración con el sistema de salud local y un alto nivel de aceptación comunitaria (124).

Las principales barreras identificadas incluyen la pobreza, el aislamiento geográfico, la limitada capacidad diagnóstica local, el miedo al tratamiento, y el uso de medicina tradicional, así como restricciones relacionadas con seguridad y disponibilidad de recursos (124). Por otro lado, los facilitadores clave abarcan el apoyo institucional, la cooperación internacional, la capacitación continua, la participación comunitaria y el uso de tecnologías como la telemedicina para ampliar el acceso (124).

En conjunto, la evidencia sugiere que el abordaje del micetoma en la región se ha desarrollado principalmente a través de modelos comunitarios de atención, más que mediante políticas nacionales estructuradas. Este enfoque permite reducir barreras de acceso, mejorar la detección temprana y ampliar la cobertura en poblaciones remotas, aunque también evidencia la necesidad de fortalecer su integración en políticas públicas más amplias y sostenibles a nivel nacional.

4.5.2 Esporotricosis

Se identificó un estudio único sobre esporotricosis (125), correspondiente al 1,1% del total de estudios incluidos. Este estudio se desarrolló en Brasil, específicamente en Rio Grande

do Sul, y corresponde a un diseño transversal enfocado en la evaluación de una intervención implementada en el sistema de salud.

El estudio describe la implementación de un servicio de referencia especializado para el diagnóstico y tratamiento de la esporotricosis zoonótica, basado en protocolos de derivación desde atención primaria hacia un hospital universitario con capacidad diagnóstica micológica. La intervención incluyó evaluación clínica, confirmación por laboratorio, notificación de casos, tratamiento con itraconazol disponible de forma gratuita y seguimiento clínico periódico (125).

La población objetivo correspondió a pacientes con sospecha clínica de esporotricosis, sin restricción por características demográficas específicas. El nivel de intervención se ubicó en el ámbito del sistema de salud, con un enfoque macro y articulación entre niveles de atención.

El estudio reporta resultados clínicos comparando periodos pre y post implementación (2012–2017 vs. 2017–2021), evidenciando un aumento en el número de casos diagnosticados de 3,25 a 11 casos por año, así como una reducción en el tiempo al diagnóstico de 206 a 79,5 días (125). Entre las barreras se identifican el desconocimiento clínico y retrasos en la sospecha diagnóstica, mientras que los facilitadores incluyen la educación en salud, la articulación institucional y el acceso gratuito al tratamiento (125).

4.6 VARIAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

En la categoría varias enfermedades se identificaron 35 documentos/estudios (126–153,153–160). La evidencia procede principalmente de países de América Latina y la Región de las Américas: Costa Rica, Brasil, Argentina, Perú, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Uruguay y documentos regionales de OPS.

Predominaron documentos normativos, lineamientos técnicos, manuales, protocolos y planes nacionales, complementados por estudios cualitativos, revisiones narrativas y reportes de experiencia práctica. Las condiciones abordadas incluyeron enfermedades inmunoprevenibles con manifestaciones cutáneas, como sarampión, rubéola, varicela y VPH; enfermedades tropicales o desatendidas, como lepra y leishmaniasis; y otros eventos como mpox, escabiasis, pediculosis e infecciones de piel y tejidos blandos.

El problema más frecuente fue la persistencia del riesgo de transmisión, reintroducción o brotes, especialmente por bajas coberturas vacunales, movilidad poblacional, silencios epidemiológicos, limitaciones en vigilancia, inequidades territoriales y fragmentación de programas. En Costa Rica, la vacunación de trabajadores de salud frente a sarampión y varicela se describió como una estrategia para prevenir transmisión nosocomial; tras la introducción de la vacuna contra varicela se reportó reducción de 73,8% en casos y 85,9% en hospitalizaciones, mientras la eliminación de sarampión y rubéola fue certificada en 2011 (126). En Chile, los decretos revisados respondieron a casos importados y brotes regionales de sarampión, con 23 casos en 2018 y 11 en 2019, y actualizaron esquemas para SRP y varicela (133,134). Colombia y Costa Rica priorizaron protocolos de vigilancia de

sarampión-rubéola ante riesgo de importación, bajas coberturas y necesidad de mantener la eliminación; en Colombia se reportó una incidencia de 2,2 casos sospechosos por 100.000 habitantes en 2022 y se estableció que un solo caso confirmado constituye brote (135,137).

Las acciones e intervenciones se agruparon en cuatro líneas. La primera fue la vacunación universal, obligatoria o focalizada, mediante calendarios nacionales, campañas de recuperación, vacunación de personal de salud, estrategias escolares, vacunación en brotes y esquemas para VPH, varicela y SRP (129,131,136,138,139,141,146,151,154,159). La segunda fue el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria, con definiciones de caso, toma de muestras, búsqueda activa, seguimiento de contactos, investigación de brotes y sistemas como Sivigila, VIGEPES, SIGSA, EpiDiario, EPIWEB, PRAS y redes nacionales de laboratorio (132,135,137,140,142,144,149,150,152,153,160). La tercera línea correspondió a planes integrados para enfermedades desatendidas, centrados en diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, control vectorial, vigilancia comunitaria y abordaje de determinantes sociales, especialmente para lepra y leishmaniasis (143,145,155,156). La cuarta se orientó a estandarización clínica y capacitación, incluyendo PACK en atención primaria para leishmaniasis y mpox, guías de manejo de infecciones de piel, infecciones oportunistas en VIH y guías clínicas para sarampión-rubéola (128,147,157,158).

Las barreras descritas fueron recurrentes: coberturas vacunales insuficientes, oportunidades perdidas, falsas contraindicaciones, rechazo o desinformación comunitaria, acceso geográfico limitado, migración, baja interoperabilidad de sistemas, problemas de calidad del registro, toma de muestras fuera de ventana diagnóstica, escasez de personal, limitaciones presupuestales y dificultades logísticas de cadena de frío (126,127,138,141,151,152,154,159). Para enfermedades desatendidas se añadieron pobreza, saneamiento deficiente, zonas rurales remotas, estigma en lepra, falta de suministro sostenible de medicamentos para leishmaniasis y baja prioridad política (143,145,155,156). En VPH y poblaciones clave, se describieron estigma, curso asintomático y barreras para tamizaje y seguimiento (140).

Los facilitadores incluyeron marcos legales que garantizan gratuidad y obligatoriedad, programas nacionales de inmunización consolidados, financiamiento público, comités técnicos asesores, apoyo de OPS/OMS, CDC y sociedades científicas, registros nominales, laboratorios de referencia, equipos de respuesta rápida, cadenas de frío fortalecidas y articulación con educación, municipios y organizaciones comunitarias (126,127,129,130,137,144,146,154,159).

En términos de carga de enfermedad, los documentos reportaron indicadores heterogéneos. En El Salvador, la lepra se estimó en 0,1 a 0,2 casos por 10.000 habitantes entre 1996 y 2014 (143), mientras la leishmaniasis cutánea presentó incidencia de 0,76 y prevalencia de 7,25 por 100.000 habitantes en 2022 (145). En Panamá, la prevalencia nacional de leishmaniasis fue 6,3 en 2018, la escabiasis descendió de 696 en 2015 a 554,06 en 2018 y la pediculosis aumentó de 14,19 a 21,64 (155). Paraguay reportó incidencia

acumulada de leishmaniasis tegumentaria de 5,8 por 100.000 y lepra de 5 por 100.000 en periodos recientes (156).

En conjunto, la revisión muestra que las políticas para varias enfermedades dermatológicas infecciosas se orientan a integrar vacunación, vigilancia, diagnóstico temprano, respuesta rápida y control comunitario. Las recomendaciones convergen en sostener coberturas $\geq 95\%$ para inmunoprevenibles, asegurar notificación inmediata, fortalecer laboratorios, mejorar registros nominales, capacitar al primer nivel, reducir inequidades territoriales y articular salud pública con educación, comunidad y otros sectores.

4.7 NEOPLASIAS CUTÁNEAS

4.7.1 Cáncer de piel no melanoma (carcinoma basocelular y carcinoma escamocelular)

Se identificaron 8 documentos asociados a cáncer de piel de tipo no melanoma (161–168), predominantemente desarrollados en Brasil y Colombia, seguidos por Costa Rica, Chile y México, con un énfasis en estudios observacionales, reportes programáticos (161–163), documentos para la estandarización de la práctica clínica (165–168) y un protocolo de normas en el ámbito de enfermedades profesionales (164).

Desde el punto de vista epidemiológico, la incidencia del cáncer de piel no melanoma ha venido en aumento (165,166,169). En Colombia se estimó que el CPNM aumentó de 23 a 41 por 100 000 habitantes entre los años 2003 a 2007 (170), lo que lo posiciona como una prioridad para intervenciones de salud pública orientadas a la detección temprana y el manejo oportuno (161–163).

Las herramientas de políticas públicas identificadas se centran en la estandarización del diagnóstico y tratamiento, así como en el fortalecimiento del primer nivel de atención (165–168). Las acciones implementadas incluyen programas de detección temprana, estrategias de capacitación del talento humano en salud y el desarrollo de modelos organizativos para la atención (162,163).

Se reportan experiencias como la Campaña Nacional de Prevención del Cáncer de Piel - CNPCP (161) promovida por la Sociedad Brasileña de Dermatología desde 1999 como una iniciativa para mejorar el acceso al diagnóstico oportuno del cáncer de piel, limitado por las rutas convencionales en el país. En términos de resultados, se reportan mejoras en la identificación de lesiones sospechosas y en la capacidad diagnóstica del personal de salud (161,163), por ejemplo, el tamaño tumoral del CBC fue menor ($p < 0.001$) entre los pacientes identificados a través de la campaña vs. pacientes no provenientes de la campaña (161); aunque con limitada evidencia sobre impacto en desenlaces clínicos o reducción de carga de enfermedad.

También en Brasil se implementó el programa nacional multicéntrico terapia fotodinámica (TFD Brasil) financiado por el gobierno con el objetivo de ofrecer capacitación clínica y mejorar el acceso a fármacos y equipos nacionales. El programa se implementó mediante el contacto y vinculación con centros de salud, capacitación teórico-práctica del personal, aplicación de protocolos clínicos de TFD, y recopilación sistemática de resultados. Además, contó con apoyo financiero principalmente para equipos y medicamentos, mientras los

centros asumieron costos operativos y logísticos (162). Este programa dirigido al nivel de atención especializada para personas con sospecha o diagnóstico de CPNM fue implementado en 2011 y ha logrado establecer alianzas con México, Chile, Colombia, Ecuador, Venezuela, El Salvador, Bolivia, Perú y Cuba, con un centro de tratamiento en cada país, permitiendo una muestra representativa de Latinoamérica, así como una mejor caracterización del fototipo, estilo de vida y tipo de lesión; la implementación en otros países de Latinoamérica aún está en curso. Entre los resultados se reporta que la TFD logró respuesta completa al tratamiento en el 71% y 86% de los pacientes, la respuesta mejoró con la experiencia de los centros, reduciendo la diferencia entre expertos y no expertos con el tiempo (163).

Las principales barreras para la implementación de programas incluyen limitaciones económicas, geográficas y de infraestructura, así como la dificultad para cumplir con el protocolo de biopsias antes y después del tratamiento y la escasa posibilidad de acceder a pruebas confirmatorias, dificultando el acceso al tratamiento y la recopilación de datos (163). Aunado a lo anterior, la limitada disponibilidad de recursos humanos especializados y acceso a servicios pueden dificultar la implementación de la estandarización de la práctica clínica (167,168).

Finalmente, entre los facilitadores se relacionan con la disponibilidad de guías clínicas, modelos organizativos estructurados y procesos de capacitación (163,165,166).

4.7.2 Melanoma cutáneo

Se identificaron cuatro documentos que abordaron esta condición, publicados en Brasil, Costa Rica y México los cuales incluyen principalmente GPC, lineamientos y manuales (167,171–173).

Las políticas públicas se orientan a la detección temprana y la referencia oportuna a servicios especializados, reconociendo la importancia del diagnóstico precoz en la supervivencia (171,173). Las acciones propuestas en las herramientas identificadas incluyen fortalecimiento de capacidades clínicas para el reconocimiento de signos de alarma, y estandarización de criterios diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento clínico (167,171–173).

La población objetivo corresponde a individuos con factores de riesgo específicos, incluyendo exposición solar intensa y características fenotípicas predisponentes. No se identificaron resultados evaluados de la implementación de estas acciones.

Entre las principales barreras se plantean, la detección tardía en contextos con acceso limitado a especialistas, necesidad de capacitación del personal de primer nivel, acceso a herramientas diagnósticas como dermatoscopia (167,172). Como facilitadores se encuentran la existencia de protocolos clínicos, la capacitación del talento humano y el apoyo institucional (172).

4.7.3 Queratosis actínica

La queratosis actínica es abordada como una lesión precursora relevante del carcinoma escamocelular. La evidencia identificada corresponde dos GPC de Colombia y México (174,175), principalmente orientadas al diagnóstico y manejo.

Las acciones propuestas incluyen la estandarización de medidas de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, además de la capacitación del personal de salud, educación a la población y fortalecimiento del primer nivel de atención (174,175).

La evidencia disponible es limitada en términos de evaluación de impacto de la implementación de estas herramientas. Las barreras potenciales para su implementación incluyen acceso limitado a diagnóstico especializado, limitaciones en la oportunidad de la atención y barreras geográficas, mientras que los facilitadores se relacionan con la inclusión de estas condiciones en guías clínicas, el fortalecimiento de capacidades del personal de salud, y la disponibilidad de tecnologías (174,175).

4.7.4 Cáncer de piel (no especificado por tipo histológico)

Esta subcategoría incluye documentos que abordan el cáncer de piel de manera agregada, sin diferenciar entre melanoma y cáncer de piel no melanoma. Se identificaron seis documentos (169,176–180), publicados en Brasil, Cuba, El Salvador, Guatemala y Panamá los cuales corresponden principalmente a un estudio cuasiexperimental, dos GPC, un lineamiento, un protocolo y un plan.

Desde el punto de vista epidemiológico, estos documentos reconocen el cáncer de piel como un problema relevante de salud pública (169,176). A diferencia de las categorías específicas por tipo de cáncer, estos documentos tienden a adoptar una visión integral del problema, priorizando estrategias transversales de prevención y control.

Las acciones se orientan principalmente hacia la promoción de la salud y la prevención primaria, incluyendo campañas de educación sobre exposición solar, uso de fotoprotección y cambios de comportamiento, así como la integración del cáncer de piel en programas más amplios de control del cáncer (177–179). Asimismo, se observa un énfasis en el fortalecimiento de la detección temprana como componente clave de las estrategias de control (180). Estas intervenciones están dirigidas a la población general, con énfasis en grupos expuestos a mayor riesgo, así como al talento humano en salud como actor estratégico para la detección oportuna.

En términos de acciones implementadas con resultados reportados, se destacan las campañas masivas de sensibilización, como el Programa educativo: El Sol, Amigo de la Infancia (176), una iniciativa de educación para la salud escolar orientada a la prevención del cáncer de piel. Fue desarrollado entre 2013 y 2014 por la Sociedad Brasileña de Dermatología (SBD-SP), en coordinación con la Secretaría de Educación de São Vicente, para instruir a estudiantes de primaria y educadores, promoviendo hábitos de protección solar a lo largo de la vida. Para ello, el conocimiento científico se adaptó a un lenguaje pedagógico infantil mediante cómics, dibujos animados en DVD y charlas breves, con el objetivo de enseñar medidas preventivas y fomentar cambios de comportamiento frente a la exposición solar.

El programa se dividió en cuatro fases: (i) acuerdo de cooperación con el Servicio Social de la Industria de São Paulo, el Rotary Club y la inscripción voluntaria de escuelas y docentes; (ii) capacitación de docentes y voluntarios por dermatólogos; (iii) distribución de la revista y DVDs “La Piel y el Sol”, junto con 7 semanas de clases para reforzar conocimientos; y (iv) evaluación mediante cuestionarios aplicados que evalúan los efectos cognitivos y conductuales de los niños y padres antes y después de la intervención sobre protección solar. Los resultados reportados en este estudio sugieren mejoras en el nivel de conocimiento tras la intervención (74,8% de respuesta), y disminución en creencias incorrectas (176).

Entre las principales barreras para la implementación de estas acciones se encuentran la baja adherencia a conductas de fotoprotección, las limitaciones en cobertura de programas de tamizaje, la fragmentación del sistema de referencia y las brechas en el acceso a diagnóstico especializado y a medicamentos (169,178). Como facilitadores, se destacan la implementación de campañas de salud pública, la integración en políticas nacionales de cáncer, la existencia de marcos normativos, el uso de estrategias educativas y el fortalecimiento de capacidades del personal de salud (169,177,178).

4.8 COMPROMISO DERMATOLÓGICO PRIMARIO

4.8.1 Acné

Se identificó una GPC (181) para el diagnóstico y tratamiento del acné cuya población objetivo a neonatos, niños, adolescentes y adultos publicada en 2016 en Ecuador, dirigida a médicos generales, familiares, adolescentólogos, pediatras, dermatólogos, internistas, ginecólogos, endocrinólogos, psicólogos, psiquiatras y personal de enfermería.

La GPC tiene por objetivo optimizar la atención, unificar criterios para ofrecer un mejor manejo a los pacientes con esta condición. El documento aborda recomendaciones sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y manejo de las secuelas del acné e identificación de afección psicosocial y emocional (181).

4.8.2 Dermatitis atópica y de contacto

Para el caso de la dermatitis (principalmente dermatitis atópica y dermatitis de contacto), la evidencia identificada corresponde a estudios observacionales (182,183) y documentos que estandarizan la práctica clínica (164,184,185). Estos documentos provienen de Argentina, Colombia, Brasil y Chile.

La dermatitis atópica se presenta con mayor frecuencia en población pediátrica, con curso crónico y recurrente, mientras que la dermatitis de contacto se asocia estrechamente con exposiciones ambientales y ocupacionales, configurándose como una de las principales enfermedades profesionales dermatológicas (164,184,185). Adicionalmente, algunos estudios resaltan la carga de estas condiciones en términos de calidad de vida, demanda de servicios de salud, así como su relación con determinantes sociales y contextuales (164,182).

En cuanto a las políticas públicas, los documentos identificados se orientan a la estandarización del manejo clínico y al reconocimiento de la dermatitis como un problema relevante tanto en el ámbito asistencial como laboral. Se destacan documentos que abordan aspectos de su prevención, diagnóstico, manejo y seguimiento, especialmente en el contexto de enfermedades profesionales, así como protocolos clínicos que definen rutas de atención y tratamiento (164,184).

Asimismo, los estudios incluidos aportan evidencia para la formulación de políticas orientadas al fortalecimiento del primer nivel de atención y la implementación de la estandarización (182,183). La población objetivo abarca tanto a profesionales de la salud como a pacientes, con énfasis en trabajadores expuestos a riesgos dermatológicos en el caso de la dermatitis de contacto, y en población pediátrica y adulta en el caso de la dermatitis atópica (164,183–185). Las acciones implementadas incluyen la implementación del Proyecto ECHO en Argentina y la implementación de recomendaciones para el tratamiento de dermatitis atópica en Colombia.

En Argentina se implementó en 2019 el proyecto ECHO Dermatitis Atópica, programa de telemenoría a profesionales mediante reuniones mensuales por videoconferencia, con presentación de casos clínicos, sesiones educativas breves y un chat permanente entre profesionales y expertos para discusión de casos y actualización clínica. El proyecto capacitó a 217 médicos de diferentes especialidades (183).

El programa mostró un impacto positivo en el manejo de la dermatitis atópica (72% reportó gran mejora global), y en el conocimiento de la condición: 93% en fisiopatología y 78,6% en capacidad diagnóstica, el 88,5% mejoró en el uso de escalas de severidad y más del 85% en tratamientos tópicos; también se evidenciaron mejoras en conocimientos de fototerapia (71,5%), tratamientos sistémicos (62,5% alta y 23,4% moderada) y uso de dupilumab (69,2%). La satisfacción fue alta (>98% lo recomendaría) y la adopción adecuada, con 90% de asistencia a sesiones virtuales y 95,4% de participación en el chat (183).

La evidencia identificada sobre la implementación de recomendaciones para estandarizar la práctica clínica en dermatología corresponde a un estudio observacional prospectivo de cohorte realizado en Medellín, Colombia (182). La intervención evaluada consistió en la aplicación de recomendaciones internacionales de manejo escalonado para dermatitis atópica, basadas en las directrices del Grupo de Trabajo Europeo sobre Dermatitis Atópica (ETFAD), estructuradas según la severidad clínica medida mediante SCORAD (182). El abordaje incluyó medidas de cuidado básico de la piel, evitación de irritantes, terapias tópicas y, en casos de mayor severidad, intervenciones como fototerapia e inmunosupresión sistémica (182).

La población incluida correspondió a pacientes mayores de tres años con diagnóstico de dermatitis atópica de al menos un año de evolución ($n = 233$), abarcando distintos grados de severidad (182). La intervención fue evaluada durante un periodo de seguimiento de 24 meses (182). Los resultados mostraron mejorías en desenlaces clínicos como severidad del eccema y calidad de vida: se observó una reducción en la severidad de la enfermedad (SCORAD de 33 a 21), así como en la afectación de la calidad de vida (DLQI - Dermatology Life Quality Index de 14 a 7) (182). Por su parte, el porcentaje de pacientes con percepción

subjetiva de severidad disminuyó de 85% a 41%. El 33% de los pacientes alcanzó control completo de la enfermedad al final del seguimiento, lo que sugiere una efectividad parcial de la estrategia en condiciones reales de práctica clínica (182). En cuanto a eventos adversos se reportó sedación fuerte con el uso de antihistamínicos (26%), sensación de ardor con uso de inhibidores de calcineurina y esteroides, y en los pacientes que usaron fototerapia se reportó la suspensión del tratamiento debido a irritación o empeoramiento del eccema (21%).

Finalmente, entre las principales barreras se identifican brechas en la capacitación del personal de salud, baja adherencia a las guías, y desigualdades en el acceso a servicios especializados (182,184,185). Como facilitadores, se destacan la existencia de marcos normativos, la disponibilidad de protocolos clínicos estandarizados y la existencia de experiencias previas de telementoría en dermatología (164,182,183).

4.8.3 Hidradenitis supurativa

Se identificó un documento que corresponde a un protocolo clínico que establece parámetros y directrices nacionales para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la hidradenitis supurativa en Brasil, publicado en 2019 (186).

La hidradenitis supurativa es una enfermedad inflamatoria, crónica y recurrente de los folículos pilosos que suele manifestarse después de la pubertad, durante la segunda o tercera década de vida, presentándose con mayor frecuencia en mujeres. Los datos de prevalencia e incidencia son variables, aunque un estudio transversal en Brasil realizado en 87 municipios, reportó una prevalencia de 0,41% (IC 95%: 0,32–0,50), sin diferencias entre las regiones del país (186).

Esta herramienta define el concepto de la enfermedad, establece criterios de diagnóstico, inclusión y exclusión, describe las opciones de tratamiento e incluye mecanismos de regulación, control y evaluación dentro del sistema de salud brasileño (186).

4.8.4 Pénfigo vulgar

Para esta condición se identificó un documento que corresponde a una GPC para el abordaje terapéutico dermatológico ambulatorio del pénfigo vulgar en adultos, publicada en México en el 2013 (187).

El pénfigo es una enfermedad ampollosa autoinmune, rara, crónica y potencialmente mortal que afecta la piel y las mucosas, caracterizada por la formación de ampollas y suele presentarse en adultos entre los 40 y 60 años, afectando por igual a hombres y mujeres. De los distintos tipos de pénfigo, el pénfigo vulgar es el más común, aunque en México se refiere que su incidencia es baja, su frecuencia ha aumentado y representa un problema de salud relevante por sus complicaciones graves, como infecciones y desequilibrios sistémicos, que pueden aumentar la mortalidad (187).

La GPC identificada tiene como población objetivo pacientes adultos con diagnóstico de pénfigo vulgar, ambulatorios (excepto mujeres embarazadas), y como usuarios del documento a médicos especialistas en dermatología o medicina familiar. Las intervenciones y actividades consideradas incluyen la utilización de medicamentos ahorradores de esteroides, así como el establecimiento de parámetros para el seguimiento de los pacientes

con pénfigo y criterios clínicos que permitan determinar el éxito o fracaso del tratamiento. También se contemplan parámetros para la selección del fármaco adyuvante según las características de los pacientes y una escala para definir la gravedad de la enfermedad. El impacto esperado en salud abarca la disminución de la morbilidad y mortalidad por pénfigo, la reducción de los efectos adversos asociados al uso de esteroides mediante terapias adyuvantes, la mejora en la calidad de vida de los pacientes y la disminución en la utilización de tratamientos como plasmaféresis, metotrexato, ciclosporina, clorambucilo, oro, pentoxifilina y sulfasalazina.

4.8.5 Psoriasis

Para el caso de la psoriasis, la evidencia identificada corresponde a dos estudios transversales en Argentina (188,189) y a un conjunto de documentos normativos, regulatorios y técnicos, incluyendo GPC, protocolos terapéuticos y marcos legales orientados a su atención integral (190–194). Estos documentos fueron publicados en Brasil, México, Panamá y Paraguay, y reflejan un abordaje progresivamente más estructurado de la psoriasis como una enfermedad crónica de alto impacto, con implicaciones no solo clínicas sino también sociales y económicas (193,194).

Desde el punto de vista clínico y epidemiológico, la psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, inmunomediada, con curso recurrente y manifestaciones sistémicas potenciales. Afecta tanto a población adulta como pediátrica, con una carga significativa en calidad de vida, asociada a estigmatización, trastornos metabólicos y afectación psicosocial (190,191). Su carácter crónico y la necesidad de tratamientos prolongados generan una alta demanda de servicios de salud y costos asociados (192).

En cuanto a las políticas públicas, se identifican avances relevantes hacia el reconocimiento de la psoriasis como un problema prioritario de salud. Se destacan marcos regulatorios que promueven la atención integral, el acceso a tratamiento y la protección de los derechos de los pacientes, así como su reglamentación mediante instrumentos normativos específicos (192,193). Asimismo, los protocolos clínicos y guías terapéuticas establecen criterios estandarizados para el diagnóstico, la clasificación de severidad y el tratamiento, incluyendo terapias sistémicas y biológicas (190,191). En algunos casos, se evidencia la intención de desarrollar programas nacionales específicos para su abordaje (194). Estas herramientas están dirigidas tanto a profesionales de la salud como a tomadores de decisiones, y buscan fortalecer la capacidad del sistema para brindar una atención integral y continua. La población objetivo incluye pacientes con psoriasis en diferentes niveles de severidad, con énfasis en aquellos con enfermedad moderada a severa que requieren tratamientos especializados (191,192).

Sin embargo, la evidencia sobre el impacto en desenlaces clínicos y poblacionales sigue siendo limitada, dado el predominio de documentos normativos y técnicos.

Las acciones implementadas incluyen el proyecto de Extensión para Resultados de Atención Médica Comunitaria (ECHO, por sus siglas en inglés), es una estrategia de telementoría para dermatólogos, desarrollada e implementada a nivel nacional en Argentina en 2015, y orientada a mejorar el manejo integral de la psoriasis principalmente, reducir brechas de conocimiento y evitar derivaciones innecesarias, especialmente en zonas

desatendidas. Como parte del proyecto ECHO Psoriasis Argentina, se realizan reuniones virtuales cada tres semanas para capacitar profesionales y mejorar prácticas médicas; posteriormente y a través de teleclínicas por Zoom, los dermatólogos presentan casos clínicos que son discutidos con expertos, quienes brindan recomendaciones y seguimiento continuo.

En términos de resultados, después de los 12 primeros meses de puesta en marcha de la estrategia, se evaluó la implementación de un grupo de discusión de WhatsApp en el marco del proyecto, y se reportó que el 100% de preguntas dispuestas por ese medio fueron respondidas (n=197), siendo el 79% resueltas en menos de 5 minutos; en cuanto a capacidades clínicas, una alta proporción reporta mejoría en conocimientos sobre diagnóstico (85%), comorbilidades (89%), terapias sistémicas (72%) y terapias biológicas (65%) (188).

Otro estudio transversal relacionado a la estrategia ECHO realizado entre 2015 y 2019 (189), encontró que se efectuaron 60 teleconsultas con 125 dermatólogos; 50 presentaron 213 consultas de 165 pacientes (158 analizados). En el 69,6% de los casos se sugirieron cambios terapéuticos, principalmente por necesidad de modificar tratamiento (39,9%), confirmarlo (29,7%) o definir uno nuevo (29,1%). El cumplimiento de las sugerencias dadas al cambio de enfoque fue: total en el 66,4%, parcial en el 4,5% y nulo en el 29,1%.

Finalmente, entre las principales barreras se identifican las limitaciones en el acceso a terapias de alto costo, la variabilidad en la implementación de las políticas, y las brechas en la capacidad del sistema para garantizar una atención integral y equitativa (191,194). Asimismo, persisten desafíos relacionados con la falta de conocimiento e información, así como limitada adherencia a los tratamientos (189,192). Como facilitadores, se destacan la existencia de marcos legales específicos, la disponibilidad de guías clínicas estandarizadas, la coordinación institucional y la asignación de recursos (191–193).

4.9 ENFERMEDADES SISTÉMICAS CON MANIFESTACIONES CUTÁNEAS

4.9.1 Lupus Eritematoso Sistémico (LES)

En total, se identificaron seis documentos relacionados con lupus eritematoso sistémico (LES), correspondientes a distintos tipos documentales, incluyendo guías de práctica clínica (GPC), reportes de programas educativos y documentos normativos. Los documentos provinieron principalmente de Brasil, Chile, Ecuador, Guatemala, República Dominicana y un conjunto de iniciativas multipaís en América Latina y el Caribe (195–200).

Los principales problemas identificados estuvieron relacionados con la variabilidad clínica del LES, las dificultades para el diagnóstico temprano, las barreras de acceso a la atención especializada y la falta de estandarización en el manejo clínico. Asimismo, varios documentos señalaron la importancia de las brechas de conocimiento y educación en salud, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas, donde el acceso limitado a información confiable y culturalmente pertinente afecta el autocuidado y la adherencia terapéutica (195–197). Otros problemas relevantes incluyeron los altos costos de

tratamiento, la complejidad del manejo multidisciplinario y las inequidades socioeconómicas que impactan el pronóstico y el acceso oportuno a terapias especializadas (199,200).

Las políticas públicas y estrategias identificadas se enfocaron principalmente en la estandarización de la práctica clínica, el fortalecimiento de rutas diagnósticas y la ampliación del acceso a servicios y tratamientos. Las GPC de Brasil, Chile, Ecuador y Guatemala establecieron algoritmos diagnósticos, criterios de derivación según gravedad, esquemas terapéuticos farmacológicos y no farmacológicos, recomendaciones para referencia prioritaria y seguimiento clínico estructurado, incluyendo el uso de herramientas para monitorización de la enfermedad (196–199). En República Dominicana se identificó un proyecto normativo orientado a incluir el LES dentro del catálogo de enfermedades catastróficas del Seguro Familiar de Salud, con el propósito de garantizar cobertura financiera y acceso a medicamentos de alto costo mediante mecanismos de aseguramiento social (200).

En cuanto a las acciones implementadas, se identificaron intervenciones orientadas tanto al nivel comunitario como al sistema de salud. _Se destacó el programa “Hablemos de Lupus” (195) que, con el fin de cubrir la falta de información confiable y culturalmente adecuada sobre lupus en población latinoamericana, desarrolló el programa en línea utilizando Facebook como plataforma central, para difundir contenidos mediante videos animados y fomentar la interacción con educadores, y dos sitios web para fortalecer la educación en autocuidado y mejorar el acceso a información. Está dirigido principalmente a mujeres hispanohablantes y lusoparlantes con lupus (18–45 años) y bajo nivel educativo, quienes pueden realizar consultas y recibir retroalimentación. El programa fue diseñado por pacientes y reumatólogos, con contenido basado en evidencia y adaptado al nivel de alfabetización y contexto cultural, complementado con sitios web en español y portugués con información accesible y de navegación sencilla (195).

El programa alcanzó amplia difusión en redes sociales: en Facebook, el primer video en español superó los 4,1 millones de visualizaciones iniciales y el contenido total llegó a más de 18,5 millones de personas; las páginas acumularon 64.434 (español) y 15.917 (portugués) seguidores, con 31 transmisiones en vivo que promediaron 293,8 espectadores y 591,5 comentarios (195). En YouTube se registraron 7.940 suscriptores y 1,63 millones de visualizaciones en español (vs. 1.380 y 73.132 en portugués), y en Instagram 5.328 y 1.371 seguidores, respectivamente. En la encuesta (n=952), el 97,1% consideró que el programa mejoró su comprensión del lupus; los recursos más valorados fueron los videos animados (46,1%) y las transmisiones en vivo (27,3%) (195).

Las principales barreras identificadas incluyeron la heterogeneidad clínica del LES, las dificultades diagnósticas derivadas de síntomas inespecíficos, los costos elevados de terapias inmunosupresoras y biológicas, las limitaciones de acceso a laboratorios especializados y la baja adherencia al tratamiento y seguimiento clínico. También se describieron desafíos relacionados con factores socioeconómicos y desigualdades en el acceso a atención especializada (197–199) y la alta dedicación de tiempo requerida por los equipos y participantes para alcanzar gran difusión (195). Entre los facilitadores se resaltaron el respaldo institucional de los ministerios de salud y sistemas de aseguramiento,

la existencia de equipos multidisciplinarios, la disponibilidad de herramientas diagnósticas validadas, el uso de plataformas digitales de educación y la articulación intersectorial para la difusión de información y el fortalecimiento del autocuidado (195,198).

4.9.2 Esclerosis sistémica

Se identificó un documento relacionado con esclerosis sistémica y enfermedades sistémicas con manifestaciones cutáneas en América Latina, correspondiente a una guía de práctica clínica (GPC) desarrollada en Brasil por el Ministerio da Saúde en 2022 (201). El documento tuvo como objetivo establecer criterios diagnósticos y terapéuticos para la esclerosis sistémica, incluyendo el abordaje de las manifestaciones cutáneas y el seguimiento clínico integral de los pacientes.

Los principales problemas identificados estuvieron relacionados con la complejidad diagnóstica y la elevada variabilidad clínica de la enfermedad, aspectos que dificultan la detección temprana y la derivación oportuna hacia atención especializada. Asimismo, el documento resaltó su impacto sobre la calidad de vida y los costos para el sistema de salud, lo que evidencia la necesidad de fortalecer procesos de estandarización clínica y atención integral (201).

Desde el componente epidemiológico, la guía reportó datos de prevalencia e incidencia provenientes de Mato Grosso do Sul, Brasil, estimando una prevalencia de 10,56 casos por 100.000 habitantes y una incidencia de 1,19 nuevos casos por 100.000 habitantes/año, lo que confirma el carácter poco frecuente pero clínicamente relevante de la enfermedad (201).

El documento está dirigida a pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de esclerosis sistémica, y se orienta a la estandarización de la práctica clínica a nivel nacional, definiendo criterios diagnósticos, evaluación clínica de manifestaciones cutáneas, clasificación por subtipos de esclerosis sistémica, recomendaciones de manejo farmacológico y estrategias de seguimiento clínico estructurado. Adicionalmente, contempló la articulación de procesos diagnósticos y terapéuticos mediante profesionales capacitados, acceso a laboratorios especializados, disponibilidad de fármacos y capacidad institucional para el seguimiento clínico. Dada su naturaleza, el documento no reportó resultados de implementación ni desenlaces evaluados (201).

4.10 VARIAS CONDICIONES DERMATOLÓGICAS

Se identificaron 15 documentos (202–216) con predominio de estudios transversales, seguidos por reportes programáticos y protocolos. En cuanto a la distribución geográfica, la mayoría de los estudios provienen de Chile, seguido por Brasil, Guyana Francesa y Argentina, lo que evidencia una concentración de la producción en el Cono Sur y limitada representación de otros contextos latinoamericanos.

En relación con los problemas identificados, los documentos coinciden en señalar brechas en el acceso a la atención dermatológica, particularmente en zonas rurales o de difícil acceso, así como demoras diagnósticas y limitaciones en la disponibilidad de especialistas.

Las acciones implementadas se centran principalmente en intervenciones como teledermatología, programas de tamizaje, capacitaciones a profesionales de salud y encuestas de práctica clínica. Estas acciones están dirigidas fundamentalmente a poblaciones rurales, comunidades con acceso restringido a servicios especializados y, en algunos casos, a profesionales de la salud como población objetivo secundaria para fortalecer capacidades diagnósticas.

En cuanto a teledermatología específicamente, se identificaron en la evidencia ocho estudios que proponen la teledermatología como respuesta a las dificultades de acceso a consultas especializadas de dermatología en países latinoamericanos (202,204–207,210–212). Todos corresponden a estudios transversales de calidad adecuada en los que se evalúa la capacidad de la teledermatología para dar respuesta a las diferentes problemáticas, considerando la concordancia, la cobertura, los protocolos de derivación y los costos, en comparación con la consulta presencial, así como la experiencia con la TD entre pacientes y profesionales. Cinco estudios fueron realizados en Chile (202,204,210–212) tras la implementación paulatina en el país de la TD; dos estudios en Santa Catarina, Brasil (206,207); y un estudio en la Guyana Francesa (205). Todos los servicios de TD identificados están dirigidos a la atención de las afecciones cutáneas en general. Además, se encontró que en Brasil se integró en el servicio de TD, el soporte para protocolos operativos y procesos de manejo clínico (206).

De acuerdo con la evidencia identificada, la teledermatología se implementó en 2001 en la Guyana Francesa (205), en 2008 en Brasil (207) y en 2009 en Chile (210) y ha implicado el desarrollo e incorporación de tecnología digital por parte de los servicios de salud, incluyendo la integración del servicio en los sistemas estatales de telemedicina y telesalud, como es el caso de Brasil (206,207) y Chile (211). El servicio se ofrece tanto en modalidad sincrónica como asincrónica (204) y funciona principalmente por medio de teleconsultas realizadas por los profesionales de atención primaria desde centros periféricos en conexión con profesionales de centros de atención especializados y centralizados (202,205).

La TD es propuesta desde el nivel nacional o regional y está dirigida principalmente a poblaciones de difícil acceso (202,205), como población en área rural (212); en Chile en particular se implementó la TD para población pediátrica (210,211).

En términos de los resultados reportados en la evidencia en relación con la implementación de TD se encontró de manera general una alta cobertura (202,204–206) de las poblaciones objetivo, con reducciones importantes en tiempos de respuesta y de remisión (202,204,205,211), así como en la derivación de pacientes a atención presencial (205,206,212). La concordancia diagnóstica entre dermatólogos, virtual y presencial fue alta (>80%) (212) y baja entre el profesional presencial no dermatólogo y el dermatólogo consultado (50%) (202,205). Las afecciones dermatológicas relacionadas con ITS y enfermedades tumorales se consideraron inapropiadas para el uso de la TD (204). Entre los dermatólogos usuarios de TD se encontró un nivel medio de incomodidad y frustración

(204), pero un alto nivel de satisfacción con la respuesta, considerándola muy útil para resolver dudas clínicas y mejorar conocimientos (90% consideró la teleexperiencia muy útil, con una mejora en sus conocimientos personales) (205). Finalmente, un estudio de minimización de costos realizado en Brasil encontró que la TD es económicamente dominante (207).

Por otro lado, se implementó en Argentina en 2009 el Programa de Dermatología Comunitaria enfocado en brindar acceso a través de la educación y la especialización dermatológica, a comunidades rurales con difícil acceso. El programa consiste en jornadas rurales de dos días realizadas por dermatólogos voluntarios, residentes y estudiantes de medicina, que combinan atención, capacitación y prevención en dermatología, fortaleciendo capacidades locales y promoviendo la investigación, con apoyo institucional y financiero de diversas organizaciones y el respaldo institucional de sociedades dermatológicas. El diseño se basa en criterios de adecuación, replicabilidad, simplicidad, sostenibilidad, flexibilidad y positividad. Las jornadas se han realizado en zonas rurales de la provincia de Neuquén dos veces al año desde 2009, y se han replicado en otras provincias por dermatólogos locales que aprendieron de su voluntariado en la Patagonia. Se reconoce que los beneficios son difíciles de estimar, por lo que se requieren evaluaciones de impacto a corto, mediano y largo plazo. La inclusión de estudiantes aportó a la formación dermatológica y experiencias interdisciplinarias replicables. Los talleres comunitarios son costo-efectivos y factibles con pocos recursos, mientras que las clínicas masivas, aunque visibles, exigen mayor financiamiento y respaldo institucional. Se recomienda priorizar contenidos de calidad con lenguaje accesible, planificar según el contexto y fortalecer el trabajo interdisciplinario, garantizando además la participación de personal de salud local para asegurar un impacto sostenible (208).

Además, se implementó en el sistema de salud brasileño el Componente Especializado de Asistencia Farmacéutica (CEAF) en 2010, concebido para la dispensación excepcional de medicamentos de alto costo, financiados por el Ministerio de Salud y los departamentos de salud estatales. Para su inclusión en el CEAF, los medicamentos deben estar incluidos en la Lista de Medicamentos Esenciales y deben ser aprobados por la Comisión Nacional para la Incorporación de Tecnologías (CONITEC) e integrados en los Protocolos Clínicos y Guías Terapéuticas. Entre 2013–2018 tras su puesta en marcha en São Paulo, las demandas judiciales por inmunobiológicos en dermatología mostraron baja participación de fármacos no biológicos y un rol destacado de omalizumab (123 en 2017 y 137 en 2018), ubicado entre los más solicitados. Persistieron demandas por medicamentos ya incluidos en listas oficiales (hidroxicina, ketoconazol, ciclosporina), evidenciando dificultades de acceso. En 2018 se observó mayor dispersión de demandas en municipios fuera de la ciudad de São Paulo, y la dermatología representó el 4,09% del total. Es notable la escasa participación de la dermatología en el CEAF, el uso de fármacos de interés dermatológico en otras patologías y el uso de fármacos dermatológicos fuera de indicación, por lo que legitimar el uso de ciertos medicamentos en esta especialidad requiere de la colaboración entre instituciones académicas, el sistema de salud pública y la industria farmacéutica (209).

Como parte de los resultados obtenidos, se identificó también el Protocolo de Referencia y Contrarreferencia de Dermatología, publicado en 2015 por el Servicio de Salud Viña del

Mar, Quillota en Chile (215), cuyo objetivo es estandarizar y describir las actividades de atención dermatológica para mejorar diagnóstico y resolutiveidad, organiza la referencia y la contrarreferencia dermatológica entre APS y nivel secundario/alta complejidad, clasifica prioridades, define criterios de derivación y contrarreferencia, y añade un protocolo operativo de teledermatología asincrónica para interconsultas en línea con apoyo fotográfico (215).

Por otro lado, el Protocolo Resolución en Red General de Dermatología, elaborado por el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (Chile) en 2022 (216), tiene por objetivo estandarizar el diagnóstico, tratamiento, manejo inicial y criterios para remisión a dermatología; este documento organiza las patologías dermatológicas más frecuentes en APS, definiendo manejo, criterios de remisión y uso de teledermatología. El protocolo se propone desde el sistema de salud para su implementación en el nivel de atención de especializada y está dirigido a pacientes de todas las edades con enfermedades dermatológicas atendidos en APS (216).

Las principales barreras descritas para la implementación de estas acciones incluyen falta de especialistas (202,210) ausencia de examen físico y especializado, limitaciones audiovisuales y dificultades de conexión (204). Se describen también preocupaciones relacionadas con aspectos médico-legales (204), así como falta de seguimiento a los pacientes y alta rotación del personal médico (205). Por su parte, se describen como facilitadores, la participación de estudiantes de medicina en los programas comunitarios, el fortalecimiento de la capacitación (208), en cuanto a la teledermatología la proximidad a los centros de atención (202), la aceptación moderada por dermatólogos y pacientes, la utilidad educativa para el personal sanitario y la colaboración en red entre niveles de atención (204–206,211).

Tabla 3. Resumen de evidencia de herramientas identificadas para el abordaje de condiciones dermatológicas

Herramienta de implementación (intervención)	Evidencia disponible	Enfermedad dermatológica	Contextos donde se implementó Población entorno geográfico Nivel que propone Nivel de implementación	Resultados Desenlace resultados	Barreras	Facilitadores	Requisitos/Recomendaciones de implementación
Alta carga de enfermedad y transmisión persistente							
Prevención primaria basada en programas de vacunación	Lineamientos, normativas, manuales, planes Análisis ecológicos, cohortes, transversales	Varicela; sarampión; verrugas por VPH; mpox	Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Panamá, Perú, Uruguay, LAC Población a riesgo y grupos elegibles Área rural, urbano Macro Comunitario	Resultados clínicos: incidencia, hospitalización transmisión reducción Resultados clínicos: eventos adversos (VPH) leves Sistema: costos reducción Implementación: cobertura vacunación incremento	- Cobertura - Retos operativos y logísticos - Falta de estandarización e interoperabilidad entre sistemas de información - Impacto pandemia COVID 19	- Programas nacionales - Fortalecimiento APS - Guías, manuales - Alta cobertura - Sistemas de vigilancia homogéneos - Apoyo institucional	- Enmarcar en estrategias programáticas integrales - Contar con monitoreo y evaluación continua
Detección temprana y control de la transmisión (rastreo, tamizaje y manejo preventivo de contactos de casos índice,	Normativa, lineamientos, protocolos y estrategias Transversales, cohortes, evaluación económica	Lepra; oncocercosis; leishmaniasis; varicela	Argentina, Brasil, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Uruguay, Venezuela Población a riesgo y grupos elegibles Área rural, urbano Macro Comunitario	Resultados clínicos: detección de casos mejoría Resultados clínicos: indicadores de transmisión reducción	- Dificultades geográficas y logísticas - Variabilidad en la calidad de la vigilancia de contactos - Limitada disponibilidad de personal	- Integración en programas existentes - Apoyo institucional e internacional - Articulación intersectorial - Marcos normativos	- Estrategias sostenidas, territorialmente focalizadas y adaptadas al contexto - Mantener la educación y presencia institucional - Personal de salud, vigilancia, laboratorio, medicamentos, capacitación, sistemas de información, educación

Herramienta de implementación (intervención)	Evidencia disponible	Enfermedad dermatológica	Contextos donde se implementó Población entorno geográfico Nivel que propone Nivel de implementación	Resultados Desenlace resultados	Barreras	Facilitadores	Requisitos/Recomendaciones de implementación
profilaxis postexposición, vigilancia de contactos intradomiciliarios, administración masiva de medicamentos, monitoreo parasitológico, entomológico y serológico, control de vectores, redes de diagnóstico)				Implementación: cobertura aumento	capacitado -Factores socioculturales (estigma y reticencia a revelar la enfermedad) -Movilidad e inseguridad -Disponibilidad de medicamentos -Condiciones ambientales	-Motivación del personal de salud -Participación familiar -Educación -Adaptación local	comunitaria y logística operativa
Fortalecimiento del sistema de información y vigilancia (sistemas de información, vigilancia simultánea de múltiples condiciones, vigilancia posteliminación, vigilancia	Lineamientos, protocolos, manuales, normativas, y planes Reportes, transversal, cohorte	Leishmaniasis; oncocercosis; cisticercosis; sarampión; varicela; mpox; lepra; miasis; VPH; cáncer de piel	Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Surinam, Uruguay, Venezuela Población general y grupos elegibles NE Macro Sistema de salud	Implementación: factibilidad sí Implementación: desempeño variable Resultados clínicos: riesgo de recaída mayor en resistencia de medicamentos	-Subregistro, retrasos en la notificación -Calidad de registro -Limitaciones tecnológicas -Complejidad operativa y escasa capacidad técnica -Retos en sostener capacidades de	-Estandarización de indicadores y procedimientos -Marcos legales -Apoyo institucional e internacional -Articulación intersectorial -Fortalecimiento de	-Contar con sistemas estandarizados, vigilancia integrada y capacidades laborales fortalecidas -Mejorar calidad, oportunidad -Infraestructura tecnológica, recursos humanos, sistemas de información, bases de datos, vigilancia, capacitación y coordinación

Herramienta de implementación (intervención)	Evidencia disponible	Enfermedad dermatológica	Contextos donde se implementó Población entorno geográfico Nivel que propone Nivel de implementación	Resultados Desenlace resultados	Barreras	Facilitadores	Requisitos/Recomendaciones de implementación
resistencia a fármacos)					laboratorio -Disponibilidad de medicamentos alternativos -Estigma, desinformación	capacidades -Participación comunitaria	
Estrategias integrales de control, vigilancia y atención	Planes, programas, lineamientos Reporte, revisión narrativa, cualitativo, cohorte	Leishmaniasis; lepra; mpox; sarampión; rubéola	Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, Venezuela, Región de las Américas Población general, proveedores de atención NE Macro Sistema de salud	Implementación: grado de implementación variable Implementación: cobertura aumento Resultados clínicos: curación aumentó Resultados clínicos: proporción de tratamiento parcial Resultados clínicos: adherencia variable	-Ausencia de servicios de referencia, baja capacidad resolutive, discontinuidad de programas -Escasez de recursos -Falta de personal -Pobreza -Movilidad poblacional - Desabastecimiento -Dificultades de acceso - Culturales (miedo, vergüenza, priorización de remedios	-Compromiso institucional -Articulación intersectorial - Fortalecimiento de capacidades locales -Estrategias comunitarias y domiciliarias -Marcos legales -Guías y protocolos disponibles	-Modelos integrados, sostenibles y centrados en APS -Enfoque cultural, comunitario y territorial -Énfasis en continuidad del cuidado -Fortalecimiento de sistemas de información -Incorporación de determinantes sociales -Mejora de vigilancia y comunicación

Herramienta de implementación (intervención)	Evidencia disponible	Enfermedad dermatológica	Contextos donde se implementó Población entorno geográfico Nivel que propone Nivel de implementación	Resultados Desenlace resultados	Barreras	Facilitadores	Requisitos/Recomendaciones de implementación
					tradicionales) -Baja educación en salud, estigma		
Barreras de acceso a diagnóstico y atención dermatológica							
Tele dermatología	Transversales	Afecciones cutáneas; Psoriasis	Chile (5), Brasil, Argentina, Guyana Francesa Población que consulta a dermatología; Pacientes con psoriasis Remoto/disperso; Rural; NE Macro; Sistema de Salud Atención primaria; Atención especializada; Sistema de Salud	Implementación: - Consultas, participación, cobertura Metas alcanzadas en consultas; altas cobertura y participación Experiencia: - Aceptabilidad/Adopción Adecuada - Fortalecimiento de capacidades Alta - Satisfacción Alta y adecuada entre profesionales y pacientes Acceso: - Tiempos de respuesta Reducción Procesos de atención: - Concordancia Alta	- Falta de especialistas - Ausencia de examen físico y especializado - Limitaciones audiovisuales y dificultades de conexión - Preocupaciones médico-legales y de privacidad y confidencialidad - Falta de seguimiento a pacientes y alta rotación del personal médico	- Proximidad a los centros de atención y mayor comodidad y accesibilidad en especial para poblaciones especiales como la pediátrica - Disponibilidad de plataformas digitales seguras - Aceptación moderada por dermatólogos y pacientes - Utilidad educativa para el personal sanitario - Colaboración	- Necesidad de sistemas de Telemedicina con adecuada infraestructura tecnológica y acceso a internet con adecuada conectividad - Necesidad de personal capacitado, mayor número de especialistas - Necesidad de definición de protocolos de atención - La implementación de la TD ha mejorado el acceso a esta especialidad ofreciendo mayor oportunidad diagnóstica, continuidad en el cuidado y reducción de derivaciones - La TD ofrece apoyo a la red de atención primaria mediante el fortalecimiento de capacidades y la priorización de la atención

Herramienta de implementación (intervención)	Evidencia disponible	Enfermedad dermatológica	Contextos donde se implementó Población entorno geográfico Nivel que propone Nivel de implementación	Resultados Desenlace resultados	Barreras	Facilitadores	Requisitos/Recomendaciones de implementación
				entre dermatólogos presencial/virtual, baja entre otros profesionales y dermatólogos Sistema (costos y eficiencia): - Remisión a presencial Disminución - Costos Económicamente dominante Resultados clínicos: - Patologías no aptas para TD ITSs y de localización genital (4,2%), tumorales (4,2%), pigmentarias (2,1%) y patología oral (0,7%)		en red entre niveles de atención	
Planes y programas	Plan; Normativas; Cohortes; Transversal; Reportes	Micetoma; Lepra; Afecciones cutáneas; Cáncer de piel;	Brasil; México; Argentina; Panamá; Paraguay; República Dominicana Población general; usuarios APS; profesionales de la salud Remoto/disperso;	Experiencia: Jornadas comunitarias Realizadas en zonas rurales dos veces al año y replicadas en otras provincias Implementación:	- Heterogeneidad de cobertura por regiones de los programas - Deficiente infraestructura de transporte;	- La inclusión de estudiantes de medicina en los programas comunitarios permite formación dermatológica	- Es necesario diseñar e implementar programas de evaluación de impacto a corto, mediano y largo plazo. - La elaboración de material científico, debe desarrollarse con lenguaje

Herramienta de implementación (intervención)	Evidencia disponible	Enfermedad dermatológica	Contextos donde se implementó Población entorno geográfico Nivel que propone Nivel de implementación	Resultados Desenlace resultados	Barreras	Facilitadores	Requisitos/Recomendaciones de implementación
		Psoriasis; LES	NE Macro Sistema de Salud; Comunidad	Sostenibilidad del programa en el tiempo Activo 30 años; Logros/Alianzas Alianzas internacionales; centros en otros países; demandas medicamentos Baja proporción por no biológicos Resultados clínicos: Detección y tasas de detección Disminuyen y se detectan en fases más tempranas	movilidad de la población; condiciones socioeconómicas - Los beneficios programas comunitarios son difíciles de estimar - Falta de conocimientos; de capacitación y de profesionales - Falta de registros y de seguimiento - Alto costo de tratamientos	- El trabajo con la comunidad a través de talleres para niños en escuelas primarias es rentable y gratificante - Existencia de entidades o estructuras que apoyen la iniciativa - Coordinación institucional	sencillo, accesible a todos y libre de formalismos - El trabajo interdisciplinario con todos los interesados es necesario para planificar estrategias educativas adecuadas - Son necesarios recursos humanos, infraestructura, tecnología (registro y sistema de información), costos (presupuesto estatal asignado), capacitación - Se recomienda la implementación de las políticas públicas
Campaña Nacional de Prevención del Cáncer de Piel	Transversal	Cáncer de piel	Brasil Pacientes con CBC NE Macro Comunidad	Resultados clínicos: - Tamaño tumoral del CBC Reducción (p<0,01)	NR	NR	- Se requiere equipo de dermatología, capacitaciones, red integrada - Es necesario expandir la sensibilización de la población sobre la enfermedad, reduciendo costos de la atención en salud pública. - Campañas con mayor

Herramienta de implementación (intervención)	Evidencia disponible	Enfermedad dermatológica	Contextos donde se implementó Población entorno geográfico Nivel que propone Nivel de implementación	Resultados Desenlace resultados	Barreras	Facilitadores	Requisitos/Recomendaciones de implementación
							cobertura, itinerantes y dirigidas a pacientes de alto riesgo optimizarían los resultados encontrados.
Protocolo de derivación	Protocolos; Transversales	Lepra; Esporotricosis zoonótica; Rosacea, varicela, psoriasis, escabiosis, pediculosis, micosis superficial; Afecciones cutáneas	Brasil; Chile Pacientes con sospecha/diagnóstico; Rio de Janeiro y Mossoró NE Macro Sistema de Salud	Resultados clínicos: - No. de casos Reducción - Proporción de visitas a solo una clínica antes de derivación Reducción - Detección de casos nuevos Aumento - Tiempo al diagnóstico Reducción	- Dificultades en la permanencia de médicos y enfermeras en las UBS y alta rotación de personal - Dificultades para obtener recursos suficientes para capacitar adecuadamente nuevos profesionales - Desconocimiento del personal; retraso en sospecha clínica - Barreras geográficas; alta demanda y escasez de especialistas	- Educación en salud; articulación institucional; acceso gratuito a atención de esporotricosis - Capacitación; teledermatología; coordinación de la red	- Se requieren un servicio especializado; laboratorio micológico y coordinación con APS - La proporción de pacientes con otras enfermedades cutáneas aumentó - Plataformas de telemedicina y mayor infraestructura tecnológica - Mayor disponibilidad de personal

Herramienta de implementación (intervención)	Evidencia disponible	Enfermedad dermatológica	Contextos donde se implementó Población entorno geográfico Nivel que propone Nivel de implementación	Resultados Desenlace resultados	Barreras	Facilitadores	Requisitos/Recomendaciones de implementación
Vigilancia y notificación	Cualitativo; Transversal	Leishmaniasis tegumentaria; Lepra	Brasil Pacientes Amazonía brasileña/Caçador-Santa Catarina Remoto/Disperso; NE Macro Sistema de Salud; Comunidad	Acceso: Tiempo al diagnóstico Disminución ($p < 0,00001$) Implementación: Definición de sitios probables de infección Mejoría Resultados clínicos: Curación en primer ciclo Aumento; Detección casos Aumento; Cambio en estándares de clasificación clínica y grado de discapacidad Reducción en casos con discapacidad grado 2 y en pacientes lepromatosos	- Barreras culturales, de acceso geográfico - Limitaciones del sistema oficial	Participación comunitaria; conocimiento tradicional; AIS capacitados Capacitación APS	- Integrar conocimiento local en vigilancia - Descentralizar diagnóstico (capacitar agentes de salud para realizar diagnósticos de laboratorio, uso de metodologías de microscopía alternativas que no requieran electricidad) - Descentralizar tratamiento - Usar métodos participativos - Fomentar monitoreo participativo con enfoque intercultural
Red de laboratorios	Transversal	Leishmaniasis tegumentaria	Brasil Pacientes Minas Gerais NE Macro Sistema de Salud	Implementación: Cobertura diagnóstica Aumentó; Adherencia al algoritmo Muy baja	Limitaciones diagnósticas; acceso desigual; no seguimiento de algoritmo completo	Infraestructura existente; sistema GAL; red organizada	Expandir modelo de red diagnóstica y mejorar adherencia al algoritmo

Herramienta de implementación (intervención)	Evidencia disponible	Enfermedad dermatológica	Contextos donde se implementó Población entorno geográfico Nivel que propone Nivel de implementación	Resultados Desenlace resultados	Barreras	Facilitadores	Requisitos/Recomendaciones de implementación
Brechas de conocimiento y capacitación							
Herramientas digitales de capacitación	Reporte	Lupus	LAC Mujeres hispanohablantes/lusoparlantes con lupus NE Intersectorial Comunitario	Experiencia: Difusión y participación en redes sociales; satisfacción de los usuarios Altas	Requiere importante dedicación de tiempo por parte de los equipos de producción y gestión de la comunidad, así como de múltiples participantes para llegar a un público amplio.	- Disponibilidad para encuentros en vivo con expertos - Gestión de la comunidad por un equipo de reumatólogos	El programa es de bajo presupuesto y se apoya con pequeñas subvenciones y en contribuciones en especie de sus partes interesadas.
Estrategia integral de atención primaria	Reporte	Leishmaniasis cutánea; Mpox	Brasil Profesionales de la salud NE Sistema de Salud Atención Primaria	Experiencia: Usabilidad y adherencia; adopción Adecuadas	- Demandante en generación y mantenimiento de contenido - Falta de participación de usuarios de servicios de salud - Limitaciones del modelo habitual de capacitación - Capacidad limitada para monitoreo y	- Existencia previa del programa PACK - El currículo de capacitación es flexible - El carácter integral de PACK permitió mantener la prestación rutinaria de los	- Un programa de atención primaria ya establecido permite su rápida utilización durante brotes - El diseño familiar mejora la usabilidad - Un mecanismo de actualización establecido y ágil permite cambios rápidos - Se requiere explorar metodologías que permitan una participación significativa y rápida de la

Herramienta de implementación (intervención)	Evidencia disponible	Enfermedad dermatológica	Contextos donde se implementó Población entorno geográfico Nivel que propone Nivel de implementación	Resultados Desenlace resultados	Barreras	Facilitadores	Requisitos/Recomendaciones de implementación
					evaluación del programa	servicios de APS	comunidad en escenarios de brote.
Grupos de apoyo al autocuidado de la lepra	Cualitativo	Lepra	Brasil Personas con lepra NE Macro Atención especializada	Experiencia: Implementación, organización y continuidad de los grupos de apoyo para el autocuidado Adecuados	- Problemas relacionados con la organización de los servicios - Rezago del estigma asociado a la enfermedad - Largas permanencia de los usuarios que impiden la incorporación de nuevos participantes nuevos	- Participación de profesionales en la formación de los grupos - Apoyo de actores externos - Participación de los equipos de salud	- Las políticas de salud deben respaldar los grupos de apoyo existentes, otorgándoles subsidios y fomentando la creación de nuevos grupos - La política nacional para combatir la lepra debería considerar la formación de grupos como una estrategia prioritaria
Programa de intercambio educativo en dermatología PENN-INDERMA	Reporte	Dermatosis múltiples (dermatitis atópica, escabiosis, verruga vulgar y acné)	Guatemala Población indígena Rural Sistema (servicios/institucional) Comunidad	Implementación: Cobertura Rotaciones bidireccionales, consultas y atenciones exitosas	NR	Colaboración académica internacional	- Mejora acceso dermatología - Desarrollar modelo sostenible - Construir marcos para la atención local - Generar alianzas con programas a largo plazo - Establecer telemedicina

Herramienta de implementación (intervención)	Evidencia disponible	Enfermedad dermatológica	Contextos donde se implementó Población entorno geográfico Nivel que propone Nivel de implementación	Resultados Desenlace resultados	Barreras	Facilitadores	Requisitos/Recomendaciones de implementación
Programa educativo: El Sol, Amigo de la Infancia	Transversal	Cáncer de piel	Brasil Niños en educación primaria de escuelas públicas y privadas NE Macro Comunidad	Implementación: Impacto en niños y padres Positivo	NR	- Los mensajes promocionales transmitidos por figuras públicas, en formato sencillo, son mejor recibidos por el público - Las campañas dirigidas a población infantil, deben invitar a los padres a participar para lograr mejores resultados	- El programa contribuyó a sensibilizar a los niños, padres y profesores sobre la importancia de la protección solar en la prevención del cáncer de piel. - Considerando que el impacto de los programas de educación no siempre es sostenido, es importante mantener y realizar más programas de educación sobre protección solar en la infancia, con intervenciones conductuales y estrategias ambientales políticas.
Proyecto ECHO Psoriasis y ECHO Dermatitis Atópica	Transversal	Psoriasis; Dermatitis Atópica	Argentina Población con psoriasis y Dermatitis Atópica Remoto/disperso Macro Atención especializada	Experiencia: - Número de teleconsultas y participantes Alta participación de dermatólogos - Sugerencia de cambio del enfoque terapéutico indicado en teleconsultas 69,6%, incluyendo cambios en el	- Falta de adherencia al tratamiento - Dificultades de acceso a los servicios de salud	- Las iniciativas con acceso gratuito y fáciles de implementar y usar, son útiles para colaborar con las prácticas médicas en pacientes con psoriasis	A través de la telementoría, es posible remediar el aislamiento profesional en el que se encuentran casi la mitad de dermatólogos del país Se recomienda fortalecer programas de educación médica a distancia, expandir redes de telementoría y evaluar en futuras investigaciones el impacto

Herramienta de implementación (intervención)	Evidencia disponible	Enfermedad dermatológica	Contextos donde se implementó Población entorno geográfico Nivel que propone Nivel de implementación	Resultados Desenlace resultados	Barreras	Facilitadores	Requisitos/Recomendaciones de implementación
				tratamiento en curso, confirmación del enfoque actual e indicación de nuevo tratamiento - Cumplimiento en el cambio de enfoque 66,4% - Comprensión y el manejo general de pacientes con dermatitis atópica Mejora Implementación: Adopción Muy alta		- Experiencias previas (Proyecto ECHO Psoriasis y Proyecto ECHO Hidradenitis) con alta participación	directo sobre la calidad de atención y resultados en pacientes.
Variabilidad clínica y falta de estandarización							
Estandarización de la práctica clínica	GPC, lineamientos, protocolos, manuales Estudio de cohorte	Lepra, leishmaniasis, mpox, infecciones bacterianas (celulitis, erisipela, rickettsiosis, abscesos y forúnculos), micosis superficiales (tiñas, candidiasis)	Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay Población general, a riesgo, profesionales de salud NE Macro Sistema de salud	Resultados clínicos: Severidad de eccema, calidad de vida mejoría Resultados clínicos: Control completo, adherencia parcial (1 estudio: dermatitis atópica)	-Acceso limitado a servicios, especialistas y herramientas diagnósticas -Falta de capacitación del personal -Fragmentación de servicios de salud -Estigma, discriminación -Factores	-Marco normativo y respaldo institucional -Financiamiento y apoyo de entidades gubernamentales y organismos internacionales -Capacitación del personal y	-Fortalecer diagnóstico temprano, tamizaje y detección activa de casos -Capacitar continuamente al personal de salud y evaluadores -Mejorar acceso, referencia oportuna y articulación entre niveles de atención -Promover educación al paciente, autocuidado y participación comunitaria -Asegurar disponibilidad de recursos, insumos y

Herramienta de implementación (intervención)	Evidencia disponible	Enfermedad dermatológica	Contextos donde se implementó Población entorno geográfico Nivel que propone Nivel de implementación	Resultados Desenlace resultados	Barreras	Facilitadores	Requisitos/Recomendaciones de implementación
		cutánea), parasitarias (escabiosis, pediculosis, tungiasis, miasis, larva migrans cutánea), virales (herpes simple, varicela), cáncer de piel (melanoma cutáneo, carcinoma basocelular y escamocelular), enfermedades inflamatorias y crónicas (dermatitis de contacto, acné, psoriasis), y autoinmunes (lupus eritematoso sistémico,			socioeconómicos, desigualdad y barreras geográficas -Limitaciones en recursos, financiamiento y disponibilidad de tratamientos -Dificultades en adherencia al tratamiento y hábitos de los pacientes	formación continua -Acceso a tratamiento y programas gratuitos o de cobertura pública -Estrategias de educación, comunicación y adherencia del paciente -Validación científica	tecnologías -Monitorear indicadores, resultados y calidad de la atención -Impulsar adaptación a contextos locales

Herramienta de implementación (intervención)	Evidencia disponible	Enfermedad dermatológica	Contextos donde se implementó Población entorno geográfico Nivel que propone Nivel de implementación	Resultados Desenlace resultados	Barreras	Facilitadores	Requisitos/Recomendaciones de implementación
		pénfigo vulgar)					
Determinantes sociales de la salud							
Programas de transferencias monetarias condicionadas	RSL; cohorte; ecológico	Lepra	Brasil Población vulnerable NE Macro Comunitario	Resultados clínicos: adherencia, curación, detección mejoría Implementación: cobertura aumento	NR	-Mejor en la estabilidad económica del hogar -Mayor contacto con servicios de salud	-Integrar programas en estrategias de control de lepra -Transferencias monetarias; sistema de registro; seguimiento estatal
Programas de vivienda social	Cohorte	Lepra	Brasil Población vulnerable NE Macro Comunitario	Resultados clínicos: detección aumento	NR	NR	-Inversión vivienda social - Enfoque integral: articulación con educación, acceso a salud y mejora de condiciones socioeconómicas
Programas comunitarios participativos	Cualitativo	Lepra	Brasil Población con lepra NE Macro Comunitario	Experiencia: percepciones de profesionales Estigma social y rechazo al tratamiento, desigualdades de género, dificultades en el manejo clínico y seguimiento, limitaciones	Ver resultados	-Participación comunitaria -Grupos de autocuidado -Asociaciones de pacientes -Liderazgo local	-Reducción del estigma y fortalecimiento normativo - Equidad de género e inclusión -Detección temprana y manejo integral -Fortalecimiento del sistema de salud (calidad, talento humano, financiamiento, redes) -Enfoque humanizado de la

Herramienta de implementación (intervención)	Evidencia disponible	Enfermedad dermatológica	Contextos donde se implementó Población entorno geográfico Nivel que propone Nivel de implementación	Resultados Desenlace resultados	Barreras	Facilitadores	Requisitos/Recomendaciones de implementación
				socioeconómicas, falta de recursos (financiamiento, diagnóstico, autocuidado), déficit de talento humano y servicios especializados			atención -Recursos humanos capacitados; financiamiento; infraestructura; servicios especializados; capacitación
Políticas de control, gobernanza, descentralización y vigilancia	Revisión narrativa	Lepra	Brasil Población general y sistema de salud NE Macro Comunitario	Sistema: capacidad de eliminación continuidad de la enfermedad asociada con diagnóstico tardío, estigma, fallas en el seguimiento de los casos, debilidades en los sistemas de vigilancia e influencia de los determinantes sociales	-Desigualdad regional -Debilidad institucional -Descentralización ineficiente -Limitada disponibilidad de recursos -Recaídas de la enfermedad -Estigma	-Existencia de un sistema de salud estructurado -Reconocimiento de la lepra como problema social -Trayectoria de políticas públicas previas	-Fortalecimiento de capacidades estatales y locales con enfoque territorial y en determinantes sociales -Mejora de la coordinación -Fortalecimiento de la detección, diagnóstico, seguimiento y notificación -Énfasis en atención continua e integral -Promover intervenciones comunitarias integradas con prevención de discapacidad y rehabilitación

Fuente: elaboración propia con base en los estudios incluidos.

4.11 Distribución en América Latina de enfermedades dermatológicas

Los estimadores identificados en la evidencia recopilada muestra que las condiciones dermatológicas en América Latina abarcan un amplio espectro de enfermedades infecciosas, neoplásicas, inflamatorias y autoinmunes, con información proveniente principalmente de sistemas de vigilancia, registros nacionales y reportes institucionales.

Las enfermedades infecciosas y desatendidas (particularmente leishmaniasis y lepra) son las más frecuentemente reportadas en múltiples países de la región, con disponibilidad de indicadores de incidencia y prevalencia tanto a nivel nacional como regional.

En relación con las enfermedades neoplásicas, el cáncer de piel (incluyendo carcinoma basocelular y escamocelular) cuenta con registros en varios países, principalmente a través de sistemas de información de cáncer.

Por su parte, las condiciones parasitarias e infestaciones cutáneas, así como enfermedades inflamatorias crónicas y autoinmunes (como psoriasis, lupus eritematoso sistémico y esclerosis sistémica) presentan menor disponibilidad de información epidemiológica, con datos puntuales de prevalencia o incidencia en algunos contextos.

A continuación, se presentan las medidas de distribución de condiciones identificadas a partir de los documentos incluidos en esta revisión sistemática:

Tabla 4. Incidencia y prevalencia de condiciones dermatológicas en latino y Centroamérica reportadas en documentos incluidos

Autor, año	Condición dermatológica	País	Medida	Valor	Unidad de medida	Periodo	Fuente de información referida
Ministerio de Salud Pública de Cuba; Olaine Regla Gray Lovio et al., 2023	Cáncer de piel	Cuba	Incidencia	Cáncer cutáneo: Hombres: 68,5 Mujeres: 58 Carcinoma basocelular: Hombres: 40,3 Mujeres: 38 Carcinoma espinocelular: Hombres: 27 Mujeres: 18,6	Casos por 100.000 habitantes	2017	Registro Nacional de Cáncer / Anuario Estadístico de Salud 2017-2020
Ministerio de Salud (MINSA), Caja de Seguro Social (CSS), Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), 2019	Cáncer de piel	Panamá	Incidencia (Tasa cruda)	Cáncer de piel: 17.0	Casos por 100.000 habitantes	2016	Boletín estadístico 2014-2016, Registro Nacional del Cáncer de Panamá, 2018
von Wangenheim 2019	Cáncer de piel	Brasil	Incidencia (cáncer de piel)	Santa Catarina: 140,8	casos nuevos por cada 100.000 habitantes	2018	INCA—Brazilian National Cancer Institute, 2018.
Ministerio de Salud y Protección Social, 2014	Carcinoma basocelular	Colombia	Incidencia	Cáncer de piel no melanoma: 23 a 41	Casos por 100.000 habitantes	2003-2007.	Sánchez, 2011.
Ministerio de Salud y Protección Social, 2014	Carcinoma escamocelular	Colombia	Incidencia	Cáncer de piel no melanoma: 34	Casos por 100.000 habitantes	2007	Sánchez, 2011.
Ministerio de Salud y Protección Social, 2022	Escabiosis	Colombia	Prevalencia	Colombia: 5,3 Putumayo: 21,5 Guaviare: 23,7	Casos por cada 100.000 habitantes	2009-2019	Novoa, 2020 (Informe no publicado)

Autor, año	Condición dermatológica	País	Medida	Valor	Unidad de medida	Periodo	Fuente de información referida
				Arauca: 25,5 Vichada: 28,2 San Andrés y Providencia: 31,0 Guainía: 32,0 Amazonas: 45,6 Vaupés: 49,0			
Ministerio da Saúde Brasil, 2022	Esclerosis sistémica	Brasil	Prevalencia; incidencia	Mato Grosso do Sul Brasil: 10,56; 1,19	Casos por 100.000 habitantes; nuevos casos por 100.000 habitantes/año	No especifica	Horimoto, 2017
Ministerio de salud El Salvador, 2024	Leishmaniasis	El Salvador	Incidencia y prevalencia	Incidencia Leishmaniasis cutánea: 0.76; Prevalencia Leishmaniasis cutánea 7.25	Casos por 100.000 habitantes	2022	Ministerio de Salud, El Salvador Sistema de Vigilancia Epidemiológica (VIGEPES)
Moreno 2016	Leishmaniasis	Brasil	Incidencia	Tierra Indígena Wajãpi: 63,3	casos por 1000 habitantes	2012-2014	Moreno, 2016
Mendizábal 2021	Leishmaniasis	Guatemala	Incidencia	Guatemala-nacional: 32,62; Alta Verapaz: 72,26; Baja Verapaz: 8,58; Escuintla: 0,59; Guatemala depto.: 0,3; Huehuetenango: 14,46; Izabal: 7,14; Jalapa: 0,55; Petén: 62,88; Quetzaltenango: 0,59; Quiché: 13,39;	Casos por 100.000 habitantes	2019	OPS

Autor, año	Condición dermatológica	País	Medida	Valor	Unidad de medida	Periodo	Fuente de información referida
				San Marcos: 1,31; Santa Rosa: 8,59; Zacapa: 7,91.			
Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2024	Leishmaniasis	Región de las Américas	Incidencia	Nicaragua: 51,85 Perú: 38,57 Guatemala: 34,29	Casos por 100.000 habitantes	2022	Sistema regional de información de leishmaniasis (SisLeish) OPS
Ministerio da Saúde Brasil 2017	Leishmaniasis	Brasil	Incidencia (coeficiente de detección medio)	14,7	Casos por 100.000 habitantes	1995-2014	SVS/MS Brasil
Instituto nacional de Salud, 2024	Leishmaniasis	Colombia	Incidencia	Leishmaniasis cutánea: 61,15 Leishmaniasis mucosa: 1,01	Casos por 100.000 habitantes	2022	Instituto Nacional de Salud, 2022.
Ministerio de Salud de Nicaragua - 2024	Leishmaniasis	Nicaragua	Incidencia acumulada	Dengue, Malaria, Leishmaniasis y Enfermedad de Chagas: 1956	Casos por 100.000 habitantes	Últimos 5 años (aprox. 2020-2024)	Autores
Ministerio de Salud de Panamá (Minsa) en colaboración con la Caja de Seguro Social e Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, publicado en el año 2015.	Leishmaniasis	Panamá	Incidencia	40,2	Casos por 100.000 habitantes	2014	Autores
Ministerio del Poder Popular para la Salud Venezuela 2019	Leishmaniasis	Venezuela	Incidencia	8,27	Casos por 100.000 habitantes	2018	Registro nacional casos leishmaniasis Instituto Biomedicina Jacinto Convit
Dirección de Planificación, Departamento de Planificación de Salud Poblacional, Ministerio de Salud de Panamá, 2021	Leishmaniasis	Panamá	Prevalencia	Leishmaniasis: 6,3	Tasa No reporta denominador	2018	Departamento de Registros y Estadísticas de Salud / Vigilancia Epidemiológica del Minsa (Ministerio de Salud)

Autor, año	Condición dermatológica	País	Medida	Valor	Unidad de medida	Periodo	Fuente de información referida
Grana 2025	Lepra	Brasil	Incidencia (tasa de detección lepra)	Amazonas: 8,07	casos por 100.000 habitantes	2023	Ministry of Health. Leprosy Epidemiological Bulletin 2024. Silva, 2022
Machado 2022	Lepra	Brasil	Prevalencia	Mato Grosso: 129,3 Brasil: 13,2	casos por cada 100 000 habitantes.	2019	de Carvalho, 2020 Ministério da Saúde, 2021
Romanholo 2018	Lepra	Brasil	Incidencia (Coeficiente de detección)	Brasil: 14,07 <15 años Brasil: 4,46 Rondonia: 42,4 <15 años Rondonia: 12,33	casos por 100.000	2015 (Brasil) 2013 (Rondonia)	Brasil. Ministério da Saúde, 2016 Rondônia. Agência de Vigilância em Saúde de Rondônia, 2014
Souza 2017	Lepra	Brasil	Tasa de detección general (rango)	Camaragibe: 20,00 y 39,99	100 000 habitantes	2008	Secretaria Estadual de Saúde (Pernambuco). Boletim hanseníase, 2013.
Teixeira 2025	Lepra	Brasil	Tasa de detección de nuevos casos	11,21	casos por 100,000	2023	Brazil. Ministry of Health, 2023
Vitiritti 2024	Lepra	Brasil	Tasa de detección	Catarina: 1,85 Santa	casos por 100.000 habitantes	2021	S.Catarina. BoletimEpidemiologico, 2023.
Ministerio de Salud Argentina, 2018	Lepra	Argentina	Prevalencia e incidencia	0,13; 0,71	Casos por 10.000; casos por 100.000 habitantes	2016	Programa Nacional Lepra; OMS; vigilancia nacional
Ministerio da Saúde Brasil 2022	Lepra	Brasil	Incidencia	13,2	Casos por 100.000 habitantes	2019	Boletín Epidemiológico Brasil
Ministerio da Saúde Brasil 2024	Lepra	Brasil	Incidencia (tasa de detección general; tasa de detección	9,67; 1,90	Casos por 100.000 habitantes	2022	Sinan/SVSA/MS

Autor, año	Condición dermatológica	País	Medida	Valor	Unidad de medida	Periodo	Fuente de información referida
			en menores de 15 años)				
Instituto Nacional de Salud, 2024	Lepra	Colombia	Incidencia	0,07	Casos por 100.000 habitantes	2021	MinSalud. Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Hansen. 2016-2025 MinSalud. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021
Ministerio de Salud de El Salvador, 2022	Lepra	El Salvador	Prevalencia	0,01 a 0,02	Casos por 10.000 habitantes	1996-2022	Autores
Secretaría de Salud de México - Dirección general de epidemiología 2019	Lepra	México	Incidencia	Incidencia: 0,16	Casos por 10.000 habitantes.	2014	Autores
Ministerio de salud El Salvador, 2014	Lepra	El Salvador	Prevalencia	Lepra: 0,1 a 0,2	Casos por cada 10.000 habitantes	1996-2014	Autores
Ministerio da Saúde Brasil, 2022	Lupus eritematoso sistémico	Brasil	Incidencia	LES: 8,7	Casos por 100.000 habitantes	No especifica	Vilar, 2002
Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile, 2013 (actualización de la 1ª edición de 2011).	Lupus eritematoso sistémico	Chile	Incidencia	EE. UU, América del Sur, Europa y Asia: 1 a 24	Casos por 100.000 habitantes	No reporta	Autores
Asamblea Nacional de Panamá - 2022	Psoriasis	Panamá	Prevalencia	>2%	Porcentaje	No especifica	Autores
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 2011	Queratosis actínica	México	Prevalencia	Población geriátrica: 5,08%	Porcentaje	No reporta	Vargas, 2009 Instituto Mexicano del Seguro Social
Ministerio de Salud y Protección Social, 2023	Tungiasis	Colombia	Incidencia	0,13 a 0,47 2022: 0,12	Casos por 100.000 habitantes	2009-2022	Ministerio de Salud y Protección Social SISPRO, cubo RIPS; septiembre 2022

Autor, año	Condición dermatológica	País	Medida	Valor	Unidad de medida	Periodo	Fuente de información referida
Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, mayo de 2022.	Varias condiciones dermatológicas	Paraguay	Incidencia acumulada	Leishmaniasis tegumentaria 2012-2022: 5,8 Lepra (2018-2022): 5	Casos por 100.000 habitantes	Última década (aprox 2012-2022) Últimos cinco años (aprox. 2018-2022)	Autores
Instituto nacional de Salud, 2024	Varias condiciones dermatológicas inmunoprevenibles	Colombia	Incidencia	Sarampión y rubéola: 2.2 casos	Casos por cada 100.000 habitantes	2022	Instituto Nacional de Salud, 2022
Ministerio de Salud de Chile - 2021	Varicela	Chile	Incidencia	Varicela: 19–39,4	Casos por 10.000 habitantes	2011; 2012; 2014; 2016; 2019	Autores
Barrenechea 2025	Varicela	Argentina	Tasa de incidencia	5,93	Casos por 100.000	2005-2019	Autores
Pawaskar 2022	Varicela	Colombia	Incidencia	166	casos por 100.000	2012	Arlant, 2019
Pujadas-Ferrer 2023	Varicela	Uruguay	Incidencia	12 (IC del 95%: 11-12)	Casos por 100.000	2019-2021	Departamento de Vigilancia Sanitaria (DEVISA), División de Epidemiología, Ministerio de Salud
Ministerio de Salud Argentina, 2021	Varicela / herpes zóster	Argentina	Incidencia	aprox. 110	Casos por 100.000 habitantes	2019	Ministerio de Salud de la Nación Dirección de control de enfermedades inmunoprevenibles.

Fuente: Elaboración propia con base en las referencias consultadas.

4.12 Políticas públicas asociadas a los documentos incluidos

De manera complementaria se presentan las políticas públicas identificados como contexto de los documentos incluidos en la revisión sistemática. La Tabla 5 presenta un conjunto de políticas, planes, estrategias, normas y marcos regulatorios identificados en América Latina y organismos internacionales relacionados con el manejo de enfermedades dermatológicas y condiciones prioritarias asociadas. En términos generales, los documentos evidencian un predominio de políticas de alcance nacional, aunque también se identificaron iniciativas regionales impulsadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), orientadas principalmente a la eliminación de enfermedades transmisibles y enfermedades tropicales desatendidas.

Las políticas identificadas abarcaron tanto enfermedades dermatológicas específicas como lepra, leishmaniasis, oncocercosis, dermatitis por contacto y cáncer relacionado con VPH como marcos generales de salud pública, vacunación, vigilancia epidemiológica, atención primaria y fortalecimiento de sistemas de salud. Se observó una importante concentración de estrategias dirigidas al control y eliminación de enfermedades transmisibles y tropicales desatendidas, particularmente lepra y leishmaniasis, mediante enfoques centrados en la detección temprana, vigilancia epidemiológica, búsqueda activa de casos, seguimiento de contactos, tratamiento oportuno y fortalecimiento de la atención primaria en salud.

En relación con los enfoques estratégicos, la mayoría de las políticas compartieron componentes comunes orientados al fortalecimiento de los sistemas de salud, la integración de servicios, la vigilancia epidemiológica, la promoción de la equidad y el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Asimismo, múltiples documentos enfatizaron la participación comunitaria, la intersectorialidad y el acceso universal como pilares fundamentales para la implementación de intervenciones sostenibles. Estas aproximaciones fueron especialmente visibles en los planes regionales de eliminación de enfermedades transmisibles promovidos por OPS/OMS.

Se identificó también la presencia de políticas orientadas al fortalecimiento de capacidades institucionales y tecnológicas, incluyendo estrategias de telesalud, salud digital, redes diagnósticas y sistemas nacionales de vigilancia. Brasil, Chile y Colombia destacaron por incorporar herramientas de integración tecnológica y modelos de atención basados en atención primaria y redes integradas de servicios. De manera complementaria, varios países incluyeron mecanismos regulatorios relacionados con calidad de atención, acreditación, gestión de tecnologías sanitarias y acceso a medicamentos esenciales.

En el ámbito de inmunización y prevención primaria, se identificaron múltiples leyes, programas y estrategias nacionales de vacunación dirigidas a enfermedades inmunoprevenibles y cánceres asociados a infecciones virales, particularmente VPH. Estas políticas compartieron principios de gratuidad, universalidad, equidad y sostenibilidad financiera, así como metas de cobertura poblacional y fortalecimiento de los sistemas de vigilancia.

Tabla 5. Políticas públicas que enmarcan los documentos incluidos.

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
Costa Rica	Plan Nacional para el Control del Cáncer de Costa Rica (2024-2030)	Incidir sobre la mortalidad y supervivencia de las personas afectadas por el cáncer mediante el desarrollo intervenciones efectivas de abordaje integral y oportuno del cáncer, mediante el establecimiento de alianzas estratégicas, el compromiso interinstitucional e intersectorial y la participación de actores sociales.	Eje de trabajo : Abordaje integral del cáncer	Cáncer	2024	Nacional
Cuba	Programa Integral para el Control del Cáncer (PICC)	Cambiar el paradigma clínico epidemiológico de la enfermedad, para convertir el cáncer en una enfermedad de mayor curabilidad a partir de la prevención, el diagnóstico temprano y el incremento de la supervivencia	No reporta	Cáncer	2010 (implementación) Documento 2017	Nacional
Argentina	Sistema de Riesgos del Trabajo (basado en la Ley N° 24.557 y Decretos 658/96 y 49/14)	Reducir la incidencia de enfermedades profesionales mediante medidas específicamente destinadas a prevenirlas y detectarlas tempranamente	Normas internacionales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), marco legal nacional de riesgos del trabajo y la gestión conjunta entre el sistema público y especializado	Dermatitis por contacto (irritativa y alérgica)	2018	Orden nacional (Superintendencia de Riesgos del Trabajo - Ministerio de

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
						Producción y Trabajo)
Venezuela Brasil Guatemala	CD49.R19 - Plan de acción para la eliminación de enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza	Implementar un plan operativo regional con metas específicas de eliminación	Integración en sistemas de salud, monitoreo, fortalecimiento de capacidades nacionales	Enfermedades desatendidas	2009	Región de las Américas
Brasil	Política de control de enfermedades infecciosas emergentes – Brasil (marco integrado)	Prevenir, detectar oportunamente, controlar y responder a la aparición o reemergencia de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, reduciendo su impacto en la salud pública mediante vigilancia, respuesta rápida y acciones integradas del sistema de salud.	Detección temprana + vigilancia integrada + respuesta rápida + articulación del sistema de salud	Enfermedades infecciosas emergentes y reemergente	2011	Nacional
Argentina Brasil Uruguay Panamá Costa Rica Colombia	Programas nacionales de inmunización	Prevenir, controlar y eliminar enfermedades inmunoprevenibles mediante la vacunación sistemática, universal y gratuita de la población.	El programa se sustenta en: Prevención primaria en salud pública Equidad en el acceso a servicios de salud (vacunación universal y gratuita) Estrategia de inmunización como bien público	Enfermedades inmunoprevenibles	1999-2014 (Primera y segunda dosis de varicel)	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
			Además, responde a principios como: alta cobertura poblacional vigilancia epidemiológica actualización permanente del esquema de vacunación		a incluidas)	
Colombia	Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias 2025-2031	Contribuir a la eliminación de la transmisión, la eliminación como problema de salud pública y la sostenibilidad de la eliminación de las enfermedades transmisibles y condiciones prioritarias en Colombia. Esto se logrará mediante la promoción del cuidado integral de la salud con un enfoque participativo que involucre a los actores del sistema de salud, otros sectores, agentes sociales, comunitarios y la población en general; reconociendo las realidades poblacionales y territoriales para aportar a la reducción de las barreras de acceso, las inequidades en salud y las injusticias sociales, para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de	Líneas de acción: i. Fortalecimiento e integración de los sistemas de salud y la prestación de servicios de salud ii. Fortalecimiento de los sistemas estratégicos de información y vigilancia de salud iii. Abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud iv. Fortalecimiento de la gobernanza, la rectoría y las finanzas	Enfermedades inmunoprevenibles (p.j. sarampión), Enfermedades infecciosas desatendidas (p.j. oncocercosis) y otras condiciones prioritarias (p.j. lepra)	2025-2031	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
		las personas, las familias y las comunidades en el territorio nacional.				
Colombia	Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias 2025-2031	Contribuir a la eliminación de la transmisión, la eliminación como problema de salud pública y la sostenibilidad de la eliminación de las enfermedades transmisibles y condiciones prioritarias en Colombia. Esto se logrará mediante la promoción del cuidado integral de la salud con un enfoque participativo que involucre a los actores del sistema de salud, otros sectores, agentes sociales, comunitarios y la población en general; reconociendo las realidades poblacionales y territoriales para aportar a la reducción de las barreras de acceso, las inequidades en salud y las injusticias sociales, para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de las personas, las familias y las comunidades en el territorio nacional.	Líneas de acción: i. Fortalecimiento e integración de los sistemas de salud y la prestación de servicios de salud ii. Fortalecimiento de los sistemas estratégicos de información y vigilancia de salud iii. Abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud iv. Fortalecimiento de la gobernanza, la rectoría y las finanzas	Enfermedades inmunoprevenibles (p.j. sarampión), Enfermedades infecciosas desatendidas (p.j. oncocercosis) y otras condiciones prioritarias (p.j. lepra)	2025-2031	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
Venezuela Brasil Guatemala	CD55.R9 - Plan de acción para la prevención y el control de enfermedades transmisibles	Fortalecer estrategias para prevención, control y eliminación de enfermedades transmisibles	Cobertura universal, vigilancia, respuesta integrada, fortalecimiento del sistema de salud	Enfermedades transmisibles (incluye NTD)	2016	Región de las Américas
América Latina	Plan de acción para la eliminación de enfermedades transmisibles - Pan American Health Organization	Acercar la eliminación, control o erradicación de enfermedades transmisibles en la Región de las Américas, reduciendo inequidades en salud mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud, la vigilancia epidemiológica y el acceso universal a intervenciones efectivas.	eliminación + vigilancia + integración de sistemas + equidad	Enfermedades transmisibles prioritarias	2008	Región de las Américas
Región de las Américas	Iniciativa de la OPS para la eliminación de enfermedades: Política para aplicar un enfoque integrado y sostenible de las enfermedades transmisibles en la Región de las Américas	Proporcionar un marco común y sostenible con líneas de acción prioritizadas para orientar a los países en la eliminación de enfermedades transmisibles y otros problemas relacionados hacia 2030	1) Fortalecer la integración de los sistemas de salud y la prestación de servicios; 2) Fortalecer los sistemas estratégicos de información y vigilancia de salud; 3) Abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud; 4) Fortalecer la gobernanza, la rectoría y las finanzas	Enfermedades transmisibles prioritizadas (leishmaniasis, lepra, oncocercosis, sarampión, entre otras) y	2019	Regional – Región de las Américas (OPS)

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
				problemas relacionados		
Panamá	Plan Estratégico Nacional para la Eliminación de Enfermedades y Condiciones Relacionadas en la República de Panamá, 2025-2032 (PEET)	Contribuir a la eliminación de enfermedades transmisibles prioritarias mediante estrategias integradas, sostenibles, basadas en evidencia y centradas en las personas, con participación intersectorial y comunitaria	Se estructura en cuatro líneas estratégicas fundamentales: Fortalecimiento e integración de los sistemas de salud y la prestación de servicios Fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y de información sanitaria Abordaje de los determinantes sociales y ambientales Fortalecimiento de la gobernanza, la rectoría y el financiamiento	Enfermedades transmisibles prioritizadas, lepra y enfermedades prevenibles por vacunación	2025-2024	Nacional
Guatemala	Política sectorial de control de enfermedades transmitidas por vectores – Guatemala	Reducir la morbilidad asociada a enfermedades transmitidas por vectores mediante acciones integradas de: prevención, vigilancia epidemiológica, control vectorial, diagnóstico y tratamiento oportuno.	Enfoque integrado de control vectorial, basado en: vigilancia epidemiológica continua, control del vector (químico, ambiental y comunitario), fortalecimiento de servicios de salud, participación comunitaria e intersectorialidad.	Enfermedades transmitidas por vectores	leishmaniasis desde 2003	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
Brasil	Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals - A road map for neglected tropical diseases 2021–2030 - Overview (OMS)	Acelerar el control, eliminación y, cuando sea posible, erradicación de las enfermedades tropicales desatendidas (ETD) para contribuir al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) hacia 2030, reduciendo la carga de enfermedad, la discapacidad y las inequidades en salud.	Tres pilares estratégicos globales: acelerar acciones programáticas, fortalecer enfoques transversales, transformar modelos operativos con liderazgo de los países	Enfermedades tropicales desatendidas (ETD)	2020	Internacional /Global
América Latina	Resolución WHA 60.13 (2007) - World Health Assembly - WHO	Fortalecer la prevención, control y eliminación de enfermedades tropicales desatendidas (ETD) mediante el desarrollo de estrategias integrales que incluyan vigilancia epidemiológica, acceso a diagnóstico y tratamiento, y coordinación internacional.	Enfoque integrado de control de ETD, basado en: fortalecimiento de los sistemas de salud, ampliación del acceso equitativo a intervenciones efectivas, mejora de la vigilancia y generación de información sanitaria, promoción de la cooperación internacional y alianzas.	Enfermedades tropicales desatendidas (ETD)	2007	Global
Venezuela Brasil Guatemala	CD48.R12 - Eliminación de enfermedades desatendidas y otras infecciones	Promover la eliminación de enfermedades desatendidas como problema de salud pública	Enfoque integral: acceso a servicios, intervenciones costo-efectivas, reducción de inequidades	Enfermedades tropicales desatendidas (incluye oncocerc)	2008	Región de las Américas

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
	relacionadas con la pobreza			osis, lepra, etc.)		
Brasil	Estrategia global de la OMS para las Enfermedades Tropicales Desatendidas (NTDs) - Resolución WHA66.12 (2013) que establece un marco político global para intensificar la prevención, control, eliminación y eventual erradicación de las NTDs, consolidando esfuerzos internacionales en torno a estas enfermedades.	Prevenir, controlar, eliminar y, cuando sea posible, erradicar las enfermedades tropicales desatendidas (NTDs), reduciendo su carga en poblaciones vulnerables y contribuyendo al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).	La estrategia se basa en enfoques integrados de salud pública: Intervenciones integradas y costo-efectivas quimioterapia preventiva (MDA) manejo intensificado de casos Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica Integración en sistemas de salud nacionales Enfoque de equidad y poblaciones vulnerables Acción intersectorial (agua, saneamiento, educación) Participación comunitaria	Enfermedades tropicales desatendidas (NTDs)	Plan global inicial: 2008–2015 Actualización vigente: 2021–2030	Global

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
Venezuela Brasil Guatemala	WHO NTD Roadmap 2021–2030 (Hoja de ruta de la OMS para las enfermedades tropicales desatendidas 2021–2030)	Marco de política global que orienta la prevención, control, eliminación y, cuando sea posible, erradicación de 20 enfermedades y grupos de enfermedades desatendidas. Sustituye y actualiza la primera hoja de ruta de 2012, alineándola con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el principio de “no dejar a nadie atrás”.	Acción programática, enfoques transversales y cambio de modelo operativo	Enfermedades y grupos de enfermedades tropicales desatendidas (20 condiciones)	Endosada por la 73. ^a Asamblea Mundial de la Salud en 2020	Región de las Américas
Ecuador	Estrategia Nacional de Inmunizaciones (ENI)	Garantizar la inmunización gratuita, equitativa y universal para prevenir enfermedades	Principios Fundamentales: Equidad, universalidad, gratuidad y calidad en todos los puntos del sistema de salud público. Cobertura y Alcance: El Programa Nacional de Inmunizaciones busca mantener coberturas superiores al 95% para enfermedades inmunoprevenibles.	Esquema de Vacunación: Incluye vacunas para tuberculosis, hepatitis B, rotavirus, polio, pentavalente, neumococo,	2017	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
				sarampión, rubéola, fiebre amarilla y VPH, priorizando niños, embarazadas y adultos mayores.		
Brasil	Nota técnica – Red de laboratorios de leishmaniasis (Minas Gerais, Brasil)	Organizar y fortalecer la red pública de laboratorios para el diagnóstico de la leishmaniasis, asegurando acceso oportuno, calidad diagnóstica y articulación entre niveles del sistema de salud.	Organización en red jerarquizada de servicios diagnósticos, basada en: descentralización del diagnóstico inicial (niveles locales/regionales), centralización de pruebas confirmatorias y de mayor complejidad (nivel estatal), definición de flujos de referencia y contrarreferencia, estandarización de técnicas diagnósticas (ej. DPE, PCR):	Leishmaniasis tegumentaria	2017	Subnacional
Argentina	Ley 22.964 Normas a fin de	Controlar la endemia de lepra en el país, se aplicarán en todo el territorio de la República las disposiciones de esta ley.	Splicación obligatoria en todo el territorio nacional bajo la conducción de la autoridad sanitaria nacional en coordinación	Lepra	1893	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
	controlar la lepra en el país	Cada una de las provincias, la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur dictarán complementariamente las concordantes medidas accesorias	con las provincias y jurisdicciones locales • Gratuidad y Obligatoriedad: Garantía estatal de tratamiento gratuito en establecimientos oficiales y el deber del paciente de someterse a control médico • Actualización Técnica y Científica: Formulación de normas basadas en el progreso de la ciencia para reducir el periodo infeccioso y evitar el aislamiento innecesario de los enfermos			
México	Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-2007	Establecer los criterios que permitan elaborar los procedimientos para la prevención y control de la lepra.	Promoción de la Salud: Enfocada en la educación para la salud, la participación social y la comunicación educativa para informar a la población y eliminar prejuicios sobre la enfermedad Actividades de Control: Incluyen la identificación y diagnóstico de casos, el tratamiento con Poliquimioterapia (PQT), la supervisión de la ingesta de medicamentos y la vigilancia postratamiento	lepra	2007	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
			Rehabilitación: Procedimientos destinados a restituir funciones físicas, mentales y sociales, así como la prevención de discapacidades mediante el autocuidado y el uso de aditamentos Vigilancia Epidemiológica: Consiste en la notificación de casos, el estudio de contactos, la investigación de brotes y el seguimiento a través de la Red Nacional de Laboratorios			
Brasil	Directrices nacionales de vigilancia de lepra – Brasil (2010) - Ordenanza Administrativa (Portaria) n.º 3.125/2010	Estandarizar y fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y seguimiento de casos y contactos de lepra, con el fin de reducir la transmisión, prevenir discapacidades y avanzar hacia su eliminación como problema de salud pública.	Detección temprana + vigilancia de contactos + tratamiento gratuito + integración APS	Lepra (hanseniasis)	2010	Nacional
Brasil	Estrategia mundial de lepra – OMS	Reducir la carga global de la lepra mediante la interrupción de la transmisión, la detección temprana de casos y la reducción de la discapacidad asociada, con el propósito de avanzar hacia la	Detección + prevención de transmisión + manejo integral + enfoque social y de derechos.	Lepra (hanseniasis)	2016	Global

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
		eliminación como problema de salud pública.				
Colombia	Plan Estratégico de Colombia para el control de la lepra 2010–2015	Reducir la carga de la lepra en Colombia mediante la detección temprana, el tratamiento oportuno y la disminución de la transmisión, con el fin de avanzar hacia su eliminación como problema de salud pública.	Se fundamenta en el fortalecimiento de la vigilancia y el control integrado en el sistema de salud, con énfasis en: diagnóstico precoz en atención primaria tratamiento con terapia multidroga (MDT) vigilancia epidemiológica activa búsqueda y seguimiento de contactos prevención de discapacidad articulación con lineamientos internacionales	Lepra (hanseniasis)	2010-2015	Nacional
Brasil	Portaria Conjunta nº 125/2009 - Refleja el momento de descentralización hacia la atención primaria Estrategia Nacional 2024–2030 - es la política	Interrumpir la transmisión de la lepra y reducir su carga como problema de salud pública mediante el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, vigilancia de contactos y disminución de discapacidades y estigma.	Se basa en la descentralización de las acciones hacia la atención primaria, integradas en el Sistema Único de Salud (SUS), con énfasis en: acceso universal detección temprana tratamiento gratuito vigilancia epidemiológica integración de servicios	Lepra (hanseniasis)	2009	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
	estratégica nacional actual					
Uruguay	Decreto N° 41/012 se aprobó la actualización del Código Nacional sobre Enfermedades y Eventos Sanitarios de Notificación Obligatoria.	Definir listado de enfermedades y eventos considerados de notificación obligatoria y los plazos de notificación, en los responsables de esta y en las sanciones establecidas en caso de incumplimiento.	No reporta	Lepra, leishmaniasis, sarampión, varicela, viruela	Nacional	
El Salvador	Acuerdo No. 1319 "Política Nacional para la prevención y control del cáncer"	Establecer las intervenciones requeridas para la prevención y control del cáncer, para disminuir la carga de la enfermedad en la población salvadoreña y mejorar su calidad de vida, implementando intervenciones de promoción de la salud, prevención, detección y diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, rehabilitación, cuidados paliativos e investigación.	1: Impulsar la promoción de la salud para adopción de estilos de vida saludable y actividades de prevención específica contra el cáncer en la población salvadoreña. 2: Desarrollar e integrar las intervenciones de detección temprana de los cánceres priorizados que se realizan en el Sistema Nacional de Salud 3: Desarrollar las capacidades institucionales del Sistema Nacional de Salud, para el diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados	Neoplasias	2015	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
			paliativos de la patología oncológica en los diferentes niveles de las RIISS, para la prestación de servicios de manera equitativa, integral y sostenible.: Fortalecer las capacidades institucionales en el sector salud, para la creación y unificación del Registro Nacional de Cáncer, a fin de implementar a nivel nacional la vigilancia del cáncer.			
México	Programa Institucional 2025-2030 del Instituto Nacional de Cancerología	Lograr el bienestar general de la población mediante el acceso universal y gratuito a servicios oncológicos, el fortalecimiento de la formación de especialistas y la generación de conocimiento científico para el diagnóstico y tratamiento oportuno	1: Contribuir al acceso universal y gratuito a los servicios de salud (atención médica y hospitalaria, exámenes médicos) y de medicamentos de la población con cualquier padecimiento de cáncer en el tercer nivel de atención médica 2: Fortalecer la formación y desarrollo del capital humano, para la atención de los problemas de salud en México en el campo de las neoplasias 3.- Contribuir a la generación del conocimiento científico oncológico que realice el Instituto que, coadyuve al diagnóstico oportuno	Neoplasias	2025-2030	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
			y tratamiento contra el cáncer en la población mexicana.			
Venezuela Brasil Guatemala	CD35.R14 - Control de la oncocercosis en las Américas	Establecer acciones regionales para el control de la oncocercosis	Vigilancia epidemiológica, tratamiento masivo (ivermectina), cooperación regional	Oncocercosis	1991	Región de las Américas
México	Programa de Acción Específico (PAE) Eliminación de la Oncocercosis 2013–2018 (México)	Eliminar la oncocercosis como problema de salud pública en México, mediante acciones de tratamiento, vigilancia y control en las zonas endémicas.	El programa se fundamenta en: Prevención, control y eliminación de enfermedades transmisibles (desatendidas) Estrategias de: tratamiento masivo (ivermectina) vigilancia epidemiológica seguimiento post-eliminación Además, como todos los PAE en México: Está alineado al Programa Sectorial de Salud 2013–2018 Y este, a su vez, al Plan Nacional de Desarrollo 2013–2018	Oncocercosis	2013-2018	Nacional
Argentina	Resolución 4217 / 2023 inmunización contra VPH	Disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino (CCU), disminuir la carga de enfermedad asociada al VPH y sus	Gratuidad y obligatoriedad de la inmunización contra VPH integrada al Calendario Nacional de Inmunizaciones • Simplificación estratégica	VPH	2023	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
		complicaciones, y contribuir con la equidad de género	mediante un esquema de una única dosis para mejorar las coberturas y la eficiencia en la implementación • Evidencia científica que confirma la inmunogenicidad, eficacia y seguridad de esquemas simplificados • Equidad de género a través de la inclusión obligatoria tanto de mujeres como de varones de once años • Optimización de recursos humanos, financieros y ambientales para facilitar la integración de estrategias sanitarias			
Argentina	Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer de cuello uterino como problema de salud pública.	Lograr un mundo donde el cáncer de cuello uterino sea eliminado como problema de salud pública, alcanzando un umbral de incidencia inferior a 4 por cada 100,000 mujeres al año en todos los países	Prevención primaria mediante la vacunación contra el VPH (90% de las niñas totalmente vacunadas a los 15 años). • Prevención secundaria a través del tamizaje y tratamiento de lesiones precancerosas (70% de las mujeres tamizadas con una prueba de alto rendimiento a los 35 y 45 años). • Prevención terciaria mediante el tratamiento y cuidado del cáncer invasivo y	VPH	2020	Mundial

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
			cuidados paliativos (90% de las mujeres con enfermedad cervical tratadas). • Fortalecimiento de los habilitadores del sistema de salud (recursos humanos, acceso a medicamentos, tecnologías digitales). • Asociaciones, abogacía y comunicación multisectorial. • Vigilancia, monitoreo y evaluación de impacto			
Panamá	Política Nacional de Salud 2016-2025 (MINSA Panamá)	Mejorar la salud de la población mediante fortalecimiento de la rectoría sanitaria, promoción de la salud, vigilancia de determinantes y participación social para el acceso universal y cobertura universal de salud	Eje I: Protegiendo a la población mediante la regulación y conducción del sistema de salud Eje II: Mejoramiento la calidad y el acceso de la población a los servicios de salud Eje III: Promoviendo la salud con la participación social	Salud integral de la población y determinantes de la salud (enfermedades transmisibles y no transmisibles, riesgos ambientales y sociales)	2016-2025	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
Perú	Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable"	Lograr que, para el año 2030, se reduzcan los años de vida saludables perdidos por causas evitables en un 5%, disminuyendo así la prevalencia de muertes prematuras y años vividos con discapacidad	La política se estructura sobre tres objetivos prioritarios (OP) que actúan como sus pilares estratégicos: OP1: Mejora de hábitos y estilos de vida: Orientado a transformar las conductas individuales y familiares mediante la educación en salud y la creación de entornos que faciliten prácticas saludables OP2: Acceso universal a servicios integrales: Enfocado en garantizar que la población reciba atención de calidad, oportuna y con continuidad, eliminando la fragmentación del sistema OP3: Mejora de condiciones de vida: Aborda los determinantes sociales de la salud (agua, saneamiento, seguridad vial y ambiental) para reducir los riesgos y la vulnerabilidad de la población	Salud integral y determinantes sociales (Las enfermedades no transmisibles, transmisibles y lesiones)	2020-2030	Nacional
El Salvador	Decreto N° 955 Código de Salud	Garantizar a la población una adecuada inmunización de las enfermedades	-Gratuidad y Acceso: Garantía de aplicación gratuita y sin discriminación en todo el sistema,	Sin distinción	2012	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
		infecciosas prevenibles, a través de la regulación y promoción de mecanismos que garanticen en el sistema nacional de salud	incluyendo el sector privado si el Estado suministra la vacuna • Obligatoriedad: Las vacunaciones son obligatorias según lo estime el ente rector para proteger la salud pública • Sostenibilidad Financiera: Creación de un fondo especial adicional no menor al 1% del Presupuesto General de la Nación del ejercicio anterior • Calidad y Seguridad: Uso de vacunas certificadas internacionalmente y mantenimiento estricto de la cadena de frío			
Honduras	Modelo Nacional de Salud	Contribuir al establecimiento de un sistema nacional de salud plural, integrado y debidamente regulado, centrado en la mejora equitativa del estado de salud de los individuos, las familias y la comunidad en su entorno	1. Atención / Provisión: Eje operativo centrado en las necesidades de la población 2. Gestión: Marco para planificar y conducir los servicios bajo un enfoque de descentralización y resultados 3. Financiamiento: Aseguramiento de recursos de forma solidaria y sostenible para el acceso equitativo	Sin distinción	2013	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
El Salvador	Norma Técnica para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual	Establecer criterios y procedimientos técnicos para la promoción, prevención, atención y control de las infecciones de transmisión sexual, en adelante ITS, desde el campo de la salud sexual y reproductiva, con participación social e intersectorialidad.	Perspectiva de la salud sexual y reproductiva. • Enfoque de género. • Enfoque de derecho. • Enfoque de salud centrado en las personas. • Promoción de la salud	Sin distinción	2012	Nacional
Paraguay	Política Nacional de Salud 2015-2030	Avanzar hacia el acceso universal a la salud y lograr la cobertura universal de salud al mayor nivel posible para reducir las inequidades en salud y mejorar la calidad de vida de la población en el marco de un desarrollo humano sostenible.	La política se sustenta en cuatro valores fundamentales que guían su ejecución: -Derecho a la salud: Garantía del grado máximo de salud como derecho fundamental sin distinciones -Equidad: Ausencia de diferencias injustas en el acceso y estado de salud -Solidaridad: Trabajo conjunto para el bien común y la protección social -Respeto a la diversidad: Valoración de las diferencias como aporte positivo	Sin distinción	2015	Nacional
México	Programa Sectorial de	Consolidar la transformación del país bajo un modelo de desarrollo con bienestar, justicia social y sustentabilidad, garantizando que	Fundamento / EJES fundamentales 1. Acceso Universal: Garantizar el acceso a servicios de salud para	Sin distinción	2025-2030	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
	Salud 2025-2030.	toda persona en territorio nacional goce de servicios de salud gratuitos, integrales y de calidad	toda la población 2. Capacidad Resolutiva: Incrementar la calidad y eficacia de la atención médica del SNS 3. Insumos y Medicamentos: Garantizar la entrega oportuna y gratuita de medicamentos 4. Promoción y Prevención: Mejorar la salud colectiva y prevenir enfermedades evitables 5. Integración y Modernización: Fortalecer la rectoría y digitalización del sistema de salud			
Brasil	Atención Primaria en Salud (APS) en el Sistema Único de Saúde	Garantizar el acceso universal, equitativo e integral a los servicios de salud, mediante un modelo de atención centrado en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación desde el primer nivel de atención.	Acceso universal + cuidado integral + organización territorial + continuidad	Sin distinción	1990's	Nacional
Honduras	Código de Salud, Decreto Número 65-91	Tutelar el derecho de toda persona a disfrutar, conservar y recuperar su salud (considerada un bienestar integral: biológico, psicológico, social y ecológico), regulando el fomento de su protección, recuperación y rehabilitación	1. Salud como Derecho Humano: Obligación del Estado y personas de fomentar la protección y bienestar integral 2. Rectoría y Normalización: Facultad de la Secretaría de Salud para definir la política nacional, planificar y coordinar el sector	Sin distinción	1996	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
			3. Descentralización: Actuación en niveles departamentales y municipales bajo principios de coordinación administrativa 4. Coordinación Intersectorial: Integración funcional de diversas secretarías (Salud, Trabajo, Educación, etc.) y organismos autónomos como el IHSS. 5. Responsabilidad Social: Deber correlativo de los individuos de contribuir a la salud comunitaria y proteger el ambiente			
Colombia	Decreto 903 de 2014 Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud Considerando que mediante Decreto 1011 de 2006, se estableció el Sistema	El presente decreto tiene por objeto dictar disposiciones y realizar ajustes al Sistema Único de Acreditación en Salud, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, así como definir reglas para su operación en los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y Riesgos Laborales.	Principios. El Sistema Único de Acreditación en Salud se orientará por los siguientes principios: 4.1. Gradualidad. El nivel de exigencia del cumplimiento de los estándares de los manuales del Sistema Único de Acreditación en Salud aprobados, será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud. 4.2. Manejo de información. La	Sin distinción	mayo 13 de 2014	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
	Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cuyo artículo 4° se contemplaron como componentes de éste, el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad		información que se genere en el proceso de acreditación se sujetará a las condiciones establecidas entre la entidad acreditadora y las entidades que adelanten el proceso de acreditación. 4.3. Integralidad: La acreditación solo podrá obtenerse cuando en todos los procesos de la entidad interesada se apliquen los estándares de acreditación que les corresponda, dado el ámbito institucional de dicha acreditación.			
Perú	Decreto Legislativo N° 1504, Decreto	Dictar medidas que fortalecen al Instituto Nacional de Salud y la rectoría del	Son fines del presente Decreto Legislativo los siguientes:	Sin distinción	2020	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
	Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades,	Ministerio de Salud para la prevención y control de las enfermedades, a fin de mejorar la salud pública, promover el bienestar de la población y contribuir con el desarrollo sostenible del país.	a) Fortalecer el Sistema Nacional de Salud para asegurar la articulación intra e intersectorial, intergubernamental, de las entidades públicas y privadas, y de la población para el cumplimiento de las políticas de salud. b) Fortalecer el sector salud, mediante la organización y gestión eficiente del Instituto Nacional de Salud a favor de la salud pública en el país. c) Mejorar la vigilancia y prevención de enfermedades, brotes, endemias, epidemias y pandemias en el territorio nacional. d) Contribuir con el control de las enfermedades que afectan la vida de la población. e) Mejorar la investigación, desarrollo e innovación, y las tecnologías en salud con la participación de instituciones públicas, privadas y el sector académico.			

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
El Salvador	Decreto N° 1013 Ley de Vacunas	Garantizar a la población una adecuada inmunización de las enfermedades infecciosas prevenibles, a través de la regulación y promoción de mecanismos que garanticen en el sistema nacional de salud	-Gratuidad y Acceso: Garantía de aplicación gratuita y sin discriminación en todo el sistema, incluyendo el sector privado si el Estado suministra la vacuna • Obligatoriedad: Las vacunaciones son obligatorias según lo estime el ente rector para proteger la salud pública • Sostenibilidad Financiera: Creación de un fondo especial adicional no menor al 1% del Presupuesto General de la Nación del ejercicio anterior • Calidad y Seguridad: Uso de vacunas certificadas internacionalmente y mantenimiento estricto de la cadena de frío	Sin distinción	2012	Nacional
El Salvador	Decreto N° 955 Código De Salud	Desarrollar los principios constitucionales relacionados con la salud pública y asistencia social de los habitantes de la República, así como establecer las normas para la organización, funcionamiento y facultades de las autoridades de salud y sus relaciones con los servicios privados	Determinar la política nacional de salud, controlar y supervisar su aplicación. • Carácter esencialmente técnico de los servicios de salud pública y vigilancia del ejercicio de las profesiones sanitarias. • Coordinación y colaboración obligatoria entre organismos estatales, autónomos y	Sin distinción	1988	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
			particulares para el cumplimiento de los objetivos de salud. • Enfoque integral basado en acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud			
Honduras	Decreto No. 288-2013 Ley De Vacunas De La República De Honduras	Establecer el marco normativo aplicable a la organización y funcionamiento del Esquema Nacional de Vacunación como instrumento de prevención y protección sanitaria mediante la aplicación de vacunas seguras, eficaces, de calidad, fácil distribución y acceso por la población -nacional y extranjera del país.	Financiamiento: Creación de un fondo especial para vacunas. Obligatoriedad: La vacunación como un deber ciudadano y del Estado. Rectoría: El papel central de la Secretaría de Salud en el Programa Nacional de Inmunizaciones.	Sin distinción	2013	Nacional
Guatemala	Decreto Número 25-2024 Ley De Vacunación	Garantizar a las poblaciones en general, la protección contra las enfermedades inmunoprevenibles, a través de la administración universal y a grupos de riesgo, de vacunas de calidad, seguras y eficaces	1. Universalidad y Gratuidad: Acceso universal y sin costo en los servicios públicos 2. Equidad e Igualdad: Sin discriminación alguna y priorizando grupos vulnerables 3. Disponibilidad: Garantía de suministro oportuno de vacunas e insumos 4. Voluntariedad y Libertad: La vacunación es voluntaria y no es	Sin distinción	2024	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
			obligatoria para acceder a empleo o educación			
Guatemala	Decreto Número 7-2024 Ley Para La Atención Integral del Cáncer	Ordenar las acciones de respuesta del Estado para fortalecer las políticas públicas y acciones que garanticen la atención integral para la reducción de la morbilidad y mortalidad por cáncer en Guatemala	1. Universalidad: La salud como derecho humano universal e inalienable 2. Gratuidad: Atención integral totalmente gratuita en los servicios de salud pública 3. Accesibilidad: Garantía de servicios sin barreras físicas, económicas, geográficas o socioculturales 4. Sostenibilidad: Obligatoriedad del Estado de asegurar recursos financieros, humanos y tecnológicos perdurables 5. Calidad: Atención basada en evidencia científica y calidez humana	Sin distinción	2024	Nacional
Guatemala	Decreto Número 90- 97 Código de Salud	Procurar a los habitantes el más completo bienestar físico, mental y social, garantizando el derecho a la salud mediante acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación sin discriminación alguna	Se sustenta en cinco ejes rectores: 1. Salud como Derecho Humano y Bien Público: El Estado debe garantizar la vida y el desarrollo integral, reconociendo la salud como un derecho inalienable 2. Rectoría Nacional: El Ministerio de Salud ejerce la conducción, regulación, vigilancia y evaluación	Sin distinción	1997	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
			de todas las instituciones del sector 3. Descentralización y Desconcentración: Organización de servicios basada en las necesidades de la población y la modernización administrativa 4. Participación Social: Garantía del derecho de las comunidades a participar en la planificación, organización y fiscalización de los servicios 5. Equidad, Solidaridad y Subsidiaridad: Principios básicos para la estructuración de políticas y la asignación de recursos, priorizando a la población más postergada			
Chile	Estrategia de Salud Digital como política pública que enmarca el Programa Nacional de Telesalud 2018 y el programa	Mejorar el acceso, oportunidad y calidad de la atención en salud mediante el uso de tecnologías digitales, permitiendo la provisión de servicios a distancia en todo el continuo de atención (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos)	Se fundamenta en: Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en salud Acceso equitativo y universal a servicios de salud Atención centrada en la persona Integración en redes asistenciales	Sin distinción	2017-2018	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
	operativo Hospital Digital					
Perú	La Ley N° 28010, Ley General de Vacunas	Garantizar a toda la población peruana la inmunización adecuada contra las enfermedades prevenibles por vacunas, estableciendo un marco legal que asegure la adquisición, financiamiento y aplicación gratuita de las mismas	Gratuidad y Obligatoriedad: Acceso gratuito y obligatorio a las vacunas del Esquema Nacional para todos los habitantes del país - Financiamiento Intangible: Los recursos destinados a la adquisición de vacunas son de carácter prioritario e intangibles, no pudiendo ser desviados a otros fines - Rectoría Técnica: El Ministerio de Salud es el ente rector encargado de definir el esquema nacional, las normas técnicas y la supervisión de las metas de cobertura - Universalidad y Equidad: Garantía de inmunización sin discriminación en todo el territorio nacional, integrando a los sectores público y privado en el cumplimiento de los objetivos	Sin distinción	2003	Nacional
Argentina	Ley 27491 Control de enfermedades	Regular la implementación de una política pública de control de las	Gratuidad de las vacunas y del acceso a los servicios de vacunación con equidad social para todas las etapas de la vida. •	Sin distinción	2019	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
	prevenibles por vacunación	enfermedades prevenibles por vacunación	Obligatoriedad para los habitantes de aplicarse las vacunas. • Prevalencia de la salud pública por sobre el interés particular. • Disponibilidad de vacunas y de servicios de vacunación. • Participación de todos los sectores de la salud y otros vinculados con sus determinantes sociales para alcanzar coberturas satisfactorias			
Nicaragua	Ley N°. 423, Ley General de Salud	Tutelar el derecho de toda persona a disfrutar, conservar y recuperar su salud, regulando los principios, derechos y obligaciones, así como las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación	La ley se sustenta en los siguientes principios fundamentales (Art. 5): 1. Gratuidad: Garantizada para sectores vulnerables (madre-niño, tercera edad, discapacitados) 2. Universalidad: Cobertura de servicios de salud para toda la población 3. Solidaridad: Acceso a servicios esenciales mediante la contribución y distribución de recursos 4. Integralidad: Acciones integradas de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación 5. Equidad: Oportunidad de	Sin distinción	2002	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
			acceso privilegiando a los sectores vulnerable			
Ecuador	Ley orgánica de salud	Regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley	Equidad e integralidad. • Solidaridad y universalidad. • Irrenunciabilidad e indivisibilidad. • Participación y pluralidad. • Calidad y eficiencia	Sin distinción	2025	nacional
México	Modelo de Atención en Salud – Sistema Nacional de Salud de México	Garantizar el acceso efectivo, equitativo y continuo a servicios de salud para toda la población, mediante un modelo integral que prioriza la promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención oportuna y continuidad del cuidado, especialmente en poblaciones vulnerables.	APS + equidad + enfoque preventivo + organización territorial del sistema de salud	Sin distinción	1980-1990	Nacional
México	Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.	Establecer los criterios, especificaciones y directrices de operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) para la recolección sistemática, oportuna y confiable de información relevante de salud	Vigilancia de la morbilidad: Se encarga del registro y notificación de enfermedades transmisibles, no transmisibles, emergentes, reemergentes y neoplasias malignas. Vigilancia de la mortalidad: Comprende la notificación obligatoria de todos los padecimientos definidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) vigente.	Sin distinción	2013	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
			Vigilancia especial: Se aplica a padecimientos o riesgos potenciales que, por su magnitud o trascendencia, requieren información adicional y mecanismos específicos de seguimiento. Vigilancia de emergencias en salud pública: Se enfoca en eventos de nueva aparición o reaparición que ponen en riesgo inminente la salud de la población. Vigilancia internacional: Coordinada por la Dirección General de Epidemiología como Centro Nacional de Enlace, conforme a lo establecido en el Reglamento Sanitario Internacional.			
Ecuador	Plan Decenal de Salud 2022-2031 (PDS)	Mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de la población del país y hacer efectivo el derecho a la salud mediante el abordaje integral de sus determinantes	Equidad en salud: reducir desigualdades en el acceso universal y gratuito mediante el abordaje de determinantes sociales y ambientales. • Promoción de la salud: fomentar el bienestar y hábitos de vida saludables en todas las etapas de la vida. • Medicina preventiva:	Sin distinción	2022-2030	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
			reducir la carga de enfermedad y las muertes evitables. • Atención oportuna y de calidad: garantizar servicios integrales con énfasis en el primer nivel de atención. • Sistema de salud integrado y eficiente: transformar el SNS para asegurar el acceso y la cobertura universal			
Colombia	Plan Decenal Salud Pública 2022-2031	Generar una estrategia que garantice la integralidad y sostenibilidad de la gestión de la salud pública desde el fortalecimiento de instancias de participación y capacidades técnicas y humanas, que a su vez consoliden el ejercicio de la planeación integral en salud, desde la articulación de actores y sectores del ámbito nacional y territorial y el fortalecimiento de la autoridad sanitaria.	1. Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación. 3. Determinantes Sociales de la Salud 4. Atención Primaria en Salud 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias 6. Conocimiento en salud pública y Soberanía Sanitaria 7. Personal de salud	Sin distinción	14 de junio de 2022	Nacional
Brasil	Política brasileña de telesalud (Programa Telessaúde)	Busca conectar APS con especialistas mediante herramientas digitales	Se estructura sobre los pilares del programa Telessaúde Brasil Redes: Teleconsulta, Teleeducación (formación	Sin distinción	2007	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
	Brasil Redes – Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.546/2011)	(teleconsultoría, teleeducación, telediagnóstico)	continua), Telediagnóstico, Segunda opinión formativa Su fundamento general es la integración tecnológica en el sistema público de salud			
Colombia	Política de Atención Integral en Salud (articulado con DECRETO 903 DE 2014)	Orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (Ley 1751, Estatutaria de Salud), para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015.	Estrategias: 1. La atención primaria en salud (APS) es la estrategia básica y es la integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles en la sociedad como elemento esencial para la viabilidad en la progresividad del ejercicio del derecho. Una APS con enfoque de salud familiar y comunitaria que sirve de interfaz entre la necesidad de desarrollo de nuevas competencias del recurso humano y equipos interdisciplinarios empoderados en el desarrollo de sus capacidades para dar una respuesta social dirigida hacia la persona, la familia y la comunidad. 2. El cuidado debe ser entendido	Sin distinción	enero 1 de 2016	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condicio n de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
			como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo y el Estado adoptan para proteger la salud del individuo, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea, es decir las responsabilidades del ciudadano consigo mismo y con la comunidad. No es posible esperar resultados en salud si el propio individuo y la comunidad no adoptan conductas y prácticas que los protejan frente a los riesgos de salud. 3. La gestión integral del riesgo en salud, como estrategia de articulación entre la salud pública, el aseguramiento y la prestación de servicios de salud. Su finalidad es la minimización del riesgo y el manejo de enfermedad. 4. El enfoque diferencial en la atención, adaptando el modelo a las particularidades de los territorios, las características de la población y las estructuras de servicios disponibles considerados como factores			

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
			críticos de éxito en el desempeño del Sistema de Salud.			
Global	Política global OMS: vacunación contra varicela en inmunización rutinaria	Reducir la carga de enfermedad por varicela a nivel poblacional mediante la implementación de la vacunación rutinaria en países con condiciones epidemiológicas y de cobertura adecuadas, con el fin de prevenir casos, complicaciones graves y brotes, y disminuir la morbilidad asociada	- Estrategia de inmunización universal infantil. - Principio de equidad en salud y prevención primaria. - Evidencia epidemiológica sobre carga de enfermedad y efectividad vacunal. - Condición crítica de implementación: alta cobertura sostenida ($\geq 80\%$) para evitar desplazamiento de la edad de infección. - Integración en los Programas Nacionales de Inmunización (NIP).	Sin distinción	2000	Global
Brasil	Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) - (ordenanzas 2.577/2006 y 204/2007)	Garantizar el acceso equitativo, integral y racional a medicamentos esenciales, como parte del derecho a la salud, contribuyendo a la atención integral en el Sistema Único de Saúde (SUS).	La PNAF se fundamenta en: Derecho a la salud (constitucional en Brasil) Acceso universal y equitativo a medicamentos Uso racional de medicamentos Integralidad de la atención en salud	Sin distinción	2004	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
Brasil	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como política pública que establece la APS en Brasil:	Organizar y fortalecer la Atención Primaria de Salud (APS) como puerta de entrada y eje ordenador del sistema de salud, garantizando acceso universal, integralidad de la atención y coordinación del cuidado dentro del Sistema Único de Saúde (SUS)	La PNAB se fundamenta en: Derecho universal a la salud Acceso equitativo y territorializado Integralidad de la atención Coordinación del cuidado desde la APS Enfoque familiar y comunitario Y en principios organizativos como: adscripción de población trabajo en equipos multiprofesionales longitudinalidad de la atención	Sin distinción	2006	Nacional
Bolivia	Política Nacional de Calidad en Salud (RM: N° 0414 de 11 de julio de 2023)	El objetivo de la Política Nacional de Calidad en Salud, es lograr garantizar de manera sistemática y permanente la equidad y calidad de la atención de la población usuaria de los servicios de salud y del usuario interno, a través de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad y el desarrollo de una Cultura de la Calidad, con énfasis en el respeto de los derechos y el trato digno	1. Evaluación y actualización del PRONACS y normativas, 2. Seguridad del paciente, 3. Mejora continua de la calidad y auditoría en salud, y 4. Vigilancia de la calidad en salud.	Sin distinción	11 de julio de 2023	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
		de las personas, familias y comunidades.				
Costa Rica	Política Nacional de Salud 2023-2030	Mejorar las condiciones de salud de la población desde el abordaje de los determinantes sociales de la salud, el acceso y la cobertura universal, la salud digital, la investigación e innovación tecnológica, la vigilancia de la salud, la salud ambiental y la promoción de la salud.	Ejes: 1. Calidad, acceso y cobertura 2. Investigación y gestión del conocimiento 3. Vigilancia en salud 4. Innovación, salud digital y tecnologías sanitarias 5. Salud ambiental 6. Promoción de la salud	Sin distinción	2023	Nacional
Brasil	Política Nacional de Vigilancia en Salud - Sistema Nacional de Notificación de Enfermedades (SINAN) - incluye el Programa Nacional de Control de la Leishmaniasis	Organizar y fortalecer las acciones de vigilancia en salud en todo el territorio nacional, con el fin de: identificar riesgos y daños a la salud, prevenir y controlar enfermedades y otros eventos de salud pública, orientar la toma de decisiones y la respuesta oportuna del sistema de salud.	La política se basa en un modelo integrado de vigilancia que articula: Vigilancia epidemiológica Vigilancia sanitaria Vigilancia ambiental Vigilancia en salud del trabajador	Sin distinción	2000	Nacional
Brasil	Política pública de protección social en Brasil, expresada principalmente a través del Bolsa	Reducir la pobreza y la desigualdad social mediante transferencias monetarias condicionadas, garantizando un ingreso mínimo a familias en situación de vulnerabilidad y	Transferencias monetarias condicionadas (TMC). Enfoque de protección social basada en derechos. Condicionalidades: asistencia escolar de niños y	Sin distinción	2004	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
	Familia Programme y el Sistema de Asistencia Social	promoviendo el acceso a servicios básicos de salud, educación y nutrición.	adolescentes, controles de salud (vacunación, control prenatal, crecimiento infantil) Integración intersectorial: salud, educación y asistencia social			
Brasil	Programa “Minha Casa Minha Vida” (MCMV) de Brasil	Reducir el déficit habitacional en Brasil y mejorar las condiciones de vida de la población, especialmente de los hogares de bajos ingresos, mediante el acceso a vivienda digna, segura y con servicios básicos.	El programa se sustenta en un enfoque de política social orientado a determinantes estructurales: Acceso a vivienda digna y subsidios habitacionales Reducción de pobreza y desigualdad social Mejoramiento de condiciones de habitabilidad (espacio, materiales, saneamiento) Articulación con infraestructura urbana y servicios básicos Enfoque en poblaciones vulnerables	Sin distinción	2009	Nacional
Colombia	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), regulado por el	Garantizar la calidad de la atención en salud en Colombia, mediante la implementación de un sistema obligatorio que mejore la seguridad del paciente, la accesibilidad, la oportunidad, la pertinencia y la	regulación + mejora continua + medición + acreditación	Sin distinción	2006	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
	Decreto 1011 de 2006	continuidad de los servicios de salud.				
Bolivia	Política de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)	Contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria; reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población.	La SAFCI se concretiza mediante dos componentes que son: 1. el Modelo de Atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y 2. el Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud	Sin distinción	01 de abril de 2013	Nacional
Brasil	Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde	Maximizar los beneficios en salud que pueden obtenerse con los recursos disponibles, asegurando el acceso de la población a tecnologías efectivas y seguras, en condiciones de equidad.	4.1 Utilización de evidencias científicas para apoyar la gestión: mediante la Evaluación de Tecnologías en Salud 4.2 Mejora del proceso de incorporación de tecnologías 4.3 Racionalización del uso de tecnologías 4.4 Apoyo al fortalecimiento de la enseñanza y de la investigación en gestión de tecnologías en salud	Sin distinción	2010	Nacional

País	Política	Objetivo	Pilar/Fundamento/	Condición de salud	Fecha	Nivel de donde se propone
			4.5 Sistematización y difusión de información 4.6 Fortalecimiento de las estructuras gubernamentales 4.7 Articulación político-institucional e intersectorial			
Argentina	Ley 15465 Enfermedades Infecciosas	Garantizar la protección de la salud pública mediante la notificación obligatoria de casos y portadores de enfermedades infecciosas para permitir la adopción inmediata de medidas de aislamiento, prevención y resguardo sanitario	Obligatoriedad de la notificación en todo el territorio nacional tanto para casos sospechosos como comprobados y portadores de gérmenes. Clasificación estratégica de las enfermedades en grupos (A, B, C y D) para determinar los plazos y la urgencia de la respuesta sanitaria. Responsabilidad profesional y técnica que vincula a médicos, veterinarios, odontólogos, laboratoristas y personal auxiliar en el sistema de vigilancia	Sin distinción	1960	Nacional

Fuente: Elaboración propia con base en documentos referidos.

4.13 Recomendaciones de política pública para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de enfermedades cutáneas

A partir de la evidencia sintetizada sobre enfermedades infecciosas con manifestaciones cutáneas en América Latina, se identifican recomendaciones de política pública organizadas en cuatro ejes: prevención, diagnóstico, tratamiento y control, con enfoque de determinantes sociales, fortalecimiento del sistema de salud e integración intersectorial.

En prevención, se recomienda consolidar políticas integrales basadas en la estratificación del riesgo epidemiológico y social. Las enfermedades estudiadas muestran una fuerte asociación con pobreza, hacinamiento, ruralidad, movilidad poblacional y condiciones ambientales (deforestación, saneamiento deficiente). Por ello, las intervenciones deben trascender el sector salud e incorporar acciones de agua, saneamiento básico, vivienda digna y educación. En enfermedades inmunoprevenibles (sarampión, varicela, VPH, rubéola y mpox), se debe garantizar coberturas de vacunación $\geq 95\%$, esquemas completos y estrategias de recuperación en poblaciones susceptibles, con énfasis en niños, adolescentes, trabajadores de salud y poblaciones móviles. Asimismo, es clave fortalecer la comunicación de riesgo para reducir desinformación, rechazo vacunal y estigma, especialmente en VPH y mpox.

Adicionalmente, para cáncer de piel, la evidencia sugiere incorporar estrategias de educación poblacional sostenida orientadas al cambio de comportamiento, como programas escolares de promoción de hábitos saludables (por ejemplo, fotoprotección), los cuales han demostrado mejoras en el conocimiento y prácticas preventivas en población infantil y sus familias.

En enfermedades parasitarias y desatendidas (leishmaniasis, escabiosis, tungiasis, oncocercosis), se recomienda implementar el enfoque de One Health: Una Salud, integrando salud humana, animal y ambiental. Esto incluye control vectorial sostenido, manejo de reservorios, mejoramiento de condiciones de vivienda y estrategias comunitarias de prevención. La evidencia muestra que las intervenciones más efectivas combinan acciones sanitarias con educación comunitaria y participación local activa.

Asimismo, se resalta la importancia de fortalecer la articulación intersectorial con sectores como saneamiento ambiental, educación y desarrollo social, especialmente en enfermedades como miasis, donde el control efectivo depende de intervenciones estructurales y comunitarias integradas.

En el diagnóstico, la principal recomendación es fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención mediante estandarización de guías clínicas, capacitación continua y algoritmos diagnósticos simples. Se requiere ampliar el acceso a diagnóstico oportuno mediante redes de laboratorios descentralizadas y tecnologías como PCR, pruebas rápidas, teledermatología y microscopía digital, especialmente en enfermedades como leishmaniasis, esporotricosis, rickettsiosis y mpox, donde el diagnóstico tardío incrementa complicaciones y mortalidad. También es prioritario mejorar la vigilancia epidemiológica con

definiciones de caso unificadas, notificación obligatoria inmediata y sistemas interoperables de información en salud.

En este eje, la evidencia destaca el valor de estrategias como la teledermatología y la telementoría (p. ej., modelo ECHO), que han demostrado mejorar la capacidad diagnóstica del personal de atención primaria, reducir tiempos de remisión y aumentar la resolutivez en contextos con limitada disponibilidad de especialistas.

En el tratamiento, se recomienda asegurar disponibilidad continua, gratuita y equitativa de medicamentos esenciales (antimoniales, ivermectina, itraconazol, dimeticona, doxiciclina, miltefosina, entre otros), evitando interrupciones en zonas rurales o endémicas. Es fundamental estandarizar esquemas terapéuticos basados en guías clínicas nacionales actualizadas, con adaptación a grupos vulnerables (niños, gestantes, inmunocomprometidos). En enfermedades como oncocercosis y lepra, la evidencia demuestra que los programas sostenidos de tratamiento masivo o poliquimioterapia son altamente efectivos cuando alcanzan cobertura adecuada. Se recomienda además integrar manejo de complicaciones y rehabilitación para reducir discapacidad, especialmente en lepra, tungiasis y micetoma.

De manera complementaria, se recomienda fortalecer mecanismos de acceso a medicamentos de alto costo y tecnologías especializadas, mediante su inclusión en listados nacionales y esquemas de financiamiento público, dado que las barreras de acceso persisten incluso cuando estos están normativamente disponibles.

En el control y seguimiento, la política pública debe enfocarse en sistemas de vigilancia robustos, búsqueda activa de casos y respuesta rápida ante brotes. Es prioritario fortalecer la vigilancia comunitaria, el rastreo de contactos y la investigación de brotes, especialmente en sarampión, varicela, mpox y rickettsiosis. Se recomienda mantener vigilancia post-eliminación en enfermedades como oncocercosis y sarampión para evitar reemergencias. Asimismo, se deben implementar indicadores de impacto (incidencia, mortalidad, discapacidad, hospitalizaciones evitables) y no solo indicadores operativos.

Adicionalmente, se recomienda integrar modelos organizativos de atención en red, con protocolos de referencia y contrarreferencia estandarizados entre niveles de atención, que permitan mejorar la continuidad del cuidado, optimizar recursos y reducir demoras en el acceso a servicios especializados.

De manera transversal, se identifican cuatro recomendaciones estructurales adicionales. Primero, reducir inequidades territoriales mediante estrategias focalizadas en zonas rurales dispersas, poblaciones indígenas y comunidades con alta vulnerabilidad social. Segundo, fortalecer la gobernanza sanitaria mediante planes nacionales integrados, con financiamiento sostenible y articulación intersectorial. Tercero, consolidar la formación del talento humano en salud en dermatología básica, enfermedades infecciosas y vigilancia epidemiológica. Cuarto, promover la investigación operativa y la evaluación de impacto de las intervenciones, ya que la evidencia actual es predominantemente normativa y descriptiva.

5. Discusión

Los hallazgos de esta revisión sistemática evidencian que la respuesta frente a las enfermedades dermatológicas en América Latina se ha estructurado principalmente a través de instrumentos técnicos, normativos, planes nacionales y estrategias programáticas que buscan fortalecer la vigilancia epidemiológica, estandarizar la atención y ampliar el acceso a diagnóstico y tratamiento. Este enfoque refleja una priorización de la organización de los sistemas de salud y la respuesta institucional, particularmente en contextos caracterizados por desigualdades territoriales y presencia de determinantes sociales que influyen tanto en la distribución de estas condiciones, la exposición y el acceso a servicios.

Sin embargo, la evidencia disponible sugiere que, persisten desafíos relacionados con la implementación efectiva, la equidad en el acceso y la generación de evidencia que permita evaluar el impacto de estas políticas en resultados en salud.

Aunque los resultados se reportan por condición dermatológica, el análisis integrado de los estudios incluidos permite identificar elementos comunes en las intervenciones y enfoques de política pública, que podrían ser aplicables a múltiples condiciones en contextos similares.

Alta carga de enfermedad y transmisión persistente

La evidencia muestra que las acciones de política en la región se concentran en enfermedades infecciosas, particularmente enfermedades tropicales desatendidas cutáneas, reflejando su alta carga epidemiológica y su concentración en poblaciones vulnerables. Estas enfermedades presentan coendemicidad y transmisión persistente en territorios específicos (217,218).

La persistencia de estas enfermedades está fuertemente determinada por factores estructurales como pobreza, hacinamiento, condiciones sanitarias deficientes y acceso limitado a servicios de salud. Adicionalmente, la carga de enfermedad puede estar subestimada debido a debilidades en los sistemas de información y la limitada disponibilidad de herramientas diagnósticas (217,218).

Las estrategias predominantes como búsqueda activa de casos, seguimiento de contactos y administración masiva de medicamentos corresponden a enfoques clásicos de control. Sin embargo, cuando se implementan de manera aislada, son insuficientes para interrumpir la transmisión de forma sostenida (218).

En este contexto, la integración de intervenciones emerge como una estrategia clave. Este enfoque permite abordar múltiples enfermedades de manera simultánea, mejorar la eficiencia en el uso de recursos y ampliar el impacto en salud pública (217). No obstante, su implementación requiere superar desafíos relacionados con la estandarización de protocolos, fortalecimiento de capacidades diagnósticas y financiamiento sostenido (218).

Estos hallazgos también sugieren que la persistencia de la carga de enfermedad dermatológica, tanto transmisible como no transmisible, está profundamente vinculada a

debilidades estructurales de los sistemas de salud, lo que refuerza la necesidad de enfoques integrales.

Barreras de acceso a diagnóstico y atención dermatológica

La evidencia analizada pone de manifiesto que las barreras de acceso a la atención dermatológica en América Latina son estructurales y persistentes, vinculadas a la distribución inequitativa de especialistas, limitaciones en infraestructura diagnóstica y fragmentación de los sistemas de salud. Estos hallazgos son coherentes con la literatura internacional, que resalta la concentración urbana de dermatólogos, las brechas en atención primaria y la influencia de los determinantes sociales sobre el acceso efectivo a servicios dermatológicos (219–221). En este contexto, las políticas públicas deben orientarse no solo a ampliar la oferta de servicios, sino a reorganizar los modelos de atención bajo enfoques integrados, territoriales y centrados en la atención primaria.

Los resultados reportados en relación con la teledermatología ponen de manifiesto su consolidación en América Latina como una estrategia efectiva para reducir brechas de acceso, especialmente en poblaciones rurales, mediante su integración progresiva en sistemas nacionales de telemedicina y su articulación con la atención primaria a través de modelos sincrónicos y asincrónicos (202,204,205).

En el marco de políticas públicas, la teledermatología ha demostrado alta cobertura, reducción de tiempos de respuesta y derivación, menor necesidad de consultas presenciales y alta concordancia diagnóstica entre dermatólogos (>80%), lo que respalda su validez clínica (202,204–206,211,222,223). No obstante, la menor concordancia con médicos no especialistas evidencia la necesidad de fortalecer la capacitación en atención primaria, y su aplicabilidad puede ser limitada en ciertas condiciones clínicas; además, se ha reportado como una estrategia costo-efectiva en algunos contextos (202,204,205,207).

Desde la perspectiva de implementación, persisten barreras como la escasez de especialistas, limitaciones tecnológicas, ausencia de examen físico y preocupaciones médico-legales, junto con desafíos de sostenibilidad y estandarización (188,202,204,224,225). Sin embargo, facilitadores como la aceptación por pacientes y profesionales, la utilidad educativa, la disponibilidad de plataformas seguras y el fortalecimiento del trabajo en red favorecen su adopción (188,206,211,226,227). En conjunto, la TD mejora el acceso y la resolutivez de la atención primaria, pero para maximizar su impacto en políticas públicas se requiere consolidar protocolos estandarizados, ampliar la infraestructura tecnológica, fortalecer la formación del talento humano y desarrollar marcos regulatorios que aseguren su integración sostenible en los sistemas de salud (202,204,222–225).

Los planes y marcos normativos identificados evidencian avances importantes en la institucionalización de la respuesta a enfermedades dermatológicas, especialmente en Panamá, Paraguay y República Dominicana. Estas iniciativas destacan el papel de la regulación para garantizar acceso, financiamiento y estandarización de la atención; sin embargo, su implementación enfrenta desafíos relacionados con la sostenibilidad financiera, la incorporación de tecnologías de alto costo y la capacidad operativa de los

sistemas de salud. En línea con lo descrito por Haw, 2021 (228) y Mazzuocolo, 2025 (229), la existencia de guías clínicas, protocolos nacionales y mecanismos de financiamiento resulta fundamental, pero insuficiente si no se acompaña de estrategias efectivas de implementación, monitoreo y evaluación.

Los programas de dermatología comunitaria y las intervenciones territoriales muestran resultados prometedores en la reducción de brechas de acceso, particularmente en poblaciones rurales y vulnerables. La combinación de capacitación al personal local, educación comunitaria, jornadas clínicas y uso de teledermatología ha demostrado mejorar la detección temprana y el acceso a tratamiento, como se observa en México y Argentina. Estos modelos coinciden con los enfoques de dermatología comunitaria y control integrado de enfermedades cutáneas desatendidas, que promueven intervenciones culturalmente pertinentes y sostenibles (217,230). No obstante, persisten desafíos relacionados con la sostenibilidad, la evaluación de impacto y la dependencia de alianzas externas.

Un hallazgo clave es el impacto positivo de la descentralización del diagnóstico y tratamiento hacia la atención primaria, evidenciado en estrategias como la Estrategia de Salud de la Familia en Brasil y los modelos descentralizados para lepra. Estas intervenciones han contribuido a la reducción de la carga de enfermedad y a la detección más temprana, aunque con resultados heterogéneos entre territorios. Esto refuerza la necesidad de fortalecer las capacidades resolutorias del primer nivel, incluyendo formación continua, estabilidad del recurso humano y sistemas de apoyo clínico, en concordancia con recomendaciones globales para entornos de recursos limitados (218,231).

Así mismo, la implementación de protocolos de referencia y contrarreferencia, junto con el uso de teledermatología, emerge como una estrategia clave para optimizar el flujo de pacientes y mejorar la eficiencia del sistema. La estandarización de criterios de derivación, el uso de herramientas digitales y la articulación en red entre niveles de atención permiten reducir tiempos de espera, mejorar la calidad diagnóstica y racionalizar el uso del recurso especializado. Estos hallazgos se alinean con la evidencia sobre salud digital y mHealth en dermatología, que destaca su potencial para ampliar cobertura y fortalecer la vigilancia en enfermedades cutáneas (232,233).

Finalmente, las estrategias de vigilancia participativa, tamizaje comunitario y fortalecimiento de redes diagnósticas evidencian que la integración de la comunidad y el uso de herramientas innovadoras pueden mejorar significativamente los resultados en salud. Intervenciones como el uso del cuestionario LSQ para lepra, la participación de agentes comunitarios y la creación de redes de laboratorio han permitido aumentar la detección, mejorar la oportunidad diagnóstica y optimizar la calidad de la información epidemiológica. En conjunto, estos hallazgos sugieren que las políticas públicas en dermatología deben avanzar hacia modelos integrados que combinen fortalecimiento del sistema de salud, innovación tecnológica, participación comunitaria y enfoque intercultural, con el fin de lograr una atención más equitativa, oportuna y efectiva.

Brechas de conocimiento y capacitación

Los hallazgos evidencian que las brechas de conocimiento y capacitación en dermatología son un componente crítico aunque subatendido en la formulación de políticas públicas, especialmente en contextos de recursos limitados, y se relacionan con la distribución desigual de especialistas, barreras de acceso e inequidades sociales (219–221). En este marco, las estrategias educativas deben trascender la transferencia de conocimiento y fortalecer la capacidad resolutoria de la atención primaria, reduciendo la dependencia del nivel especializado y alineándose con enfoques de sistemas de salud integrados (230,231). Destacan las herramientas digitales y la telementoría como el Proyecto ECHO de Argentina y plataformas en redes sociales por su carácter escalable, costo-efectivo y su impacto positivo en conocimientos y toma de decisiones clínicas, aunque su sostenibilidad depende de infraestructura, tiempo protegido y respaldo institucional (183,218,229,232).

Por otra parte, las estrategias comunitarias, como programas escolares y grupos de apoyo, muestran efectos relevantes en conductas, adherencia y empoderamiento, subrayando la importancia de integrar componentes socioculturales y participación comunitaria en las políticas (217,233), pese a barreras como estigma o baja institucionalización. En conjunto, la evidencia sugiere que la implementación exitosa requiere enfoques integrales que combinen capacitación, innovación tecnológica, fortalecimiento del primer nivel y participación social. Las experiencias como PACK en Brasil y programas de intercambio académico evidencian que la estandarización adaptada al contexto mejora la respuesta del sistema (128,203), por lo que las políticas deben priorizar formación continua, redes de conocimiento, guías clínicas e inversión en sistemas de información para garantizar intervenciones sostenibles y equitativas (228,234,235).

Variabilidad clínica y falta de estandarización

En cuanto a la variabilidad clínica y la falta de estandarización, los resultados muestran que constituyen un problema transversal en la atención de enfermedades dermatológicas en América Latina. Esta variabilidad se manifiesta en diferencias en criterios diagnósticos, decisiones terapéuticas y prácticas de seguimiento, lo que afecta la calidad del cuidado, la comparabilidad de la evidencia y la capacidad de los sistemas de salud para generar respuestas consistentes.

La existencia de guías de práctica clínica no garantiza su implementación. Se ha documentado, para el caso del uso de guías de urticaria, que el 22% de profesionales se desvía de las recomendaciones, debido a la dependencia del juicio clínico individual y a la percepción de que las guías no reflejan la complejidad de los pacientes en contextos reales, aunque para Latinoamérica la razón más común fue que las recomendaciones de las guías no pueden ser implementadas en su país (236).

Adicionalmente, la falta de criterios diagnósticos estandarizados representa una limitación crítica. En condiciones como la dermatitis atópica, la heterogeneidad en definiciones clínicas utilizadas en América Latina se ha identificado (237). Esta situación se agrava por la subutilización de criterios formales en la práctica clínica, donde predomina el juicio clínico, aumentando el riesgo de clasificación errónea principalmente en pacientes con fenotipos atípicos (237).

Desde una perspectiva más amplia, la evidencia global muestra que la producción y disponibilidad de guías de práctica clínica en dermatología es heterogénea y no necesariamente está alineada con la carga de enfermedad. Una RSL identificó 226 guías entre 2014 y 2019, evidenciando una débil correlación entre su distribución y la carga de enfermedad medida en años de vida ajustados por discapacidad (DALYs), así como una marcada concentración en países de altos ingresos y una subrepresentación de regiones como América Latina (228). Esta situación podría explicarse en parte, por la dificultad para identificar guías locales, debido a su falta de indexación en bases de datos electrónicas y a los desafíos que implica su localización en sitios web específicos mediante búsquedas manuales. Lo anterior podría sugerir que, además de la variabilidad clínica, existen posibles inequidades en la generación y disponibilidad de herramientas de estandarización, lo que podría contribuir a perpetuar diferencias en la calidad de la atención entre distintos contextos.

En conjunto, se identifica la necesidad de avanzar hacia estrategias de estandarización contextualizada, que incluyan adaptación local de guías, fortalecimiento de capacidades y mecanismos de monitoreo de adherencia.

Determinantes sociales de la salud

Los hallazgos de esta revisión evidencian que las condiciones dermatológicas no pueden comprenderse ni abordarse de manera aislada del contexto social en el que se desarrollan. Los determinantes sociales de la salud, definidos como las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, aprenden, trabajan, se recrean y envejecen desempeñan un papel central en la configuración de los patrones de enfermedad, el acceso a los servicios y los desenlaces en salud dermatológica (220).

Entre los hallazgos de esta revisión, los programas de transferencias monetarias muestran los resultados más consistentes. Estos resultados son coherentes con la evidencia que reconoce el papel central de los determinantes sociales como ingreso, educación y acceso a servicios influyen en los resultados en salud (220,221,238). En particular, el nivel socioeconómico bajo se asocia con peores desenlaces en salud dermatológica debido a múltiples mecanismos interrelacionados. Estos incluyen menor acceso a especialistas, dificultades para costear tratamientos, menor alfabetización en salud y exposición a factores de riesgo ambientales. Por ejemplo, en condiciones como dermatitis atópica, psoriasis e hidradenitis supurativa, se ha documentado mayor severidad y peor control en poblaciones con menor nivel socioeconómico, lo cual se relaciona con barreras en el acceso a atención oportuna y continua (220).

En intervenciones estructurales más específicas, como los programas de vivienda, presentan resultados inconsistentes, lo que sugiere que los determinantes sociales operan de manera interdependiente y requieren abordajes integrales (49,220,238).

De igual manera, el estigma social emerge como una barrera transversal, afectando el diagnóstico oportuno y la adherencia al tratamiento. Este hallazgo se alinea con la literatura que reconoce que los determinantes sociales incluyen no solo condiciones materiales, sino también dimensiones sociales y culturales como discriminación, exclusión social y cohesión

comunitaria, las cuales impactan en la severidad de la condición, calidad de vida y salud mental (220,238).

En este sentido, se propone integrar estos factores en la comprensión de la enfermedad, reconociendo la interacción entre condiciones cutáneas y contexto social (238) lo que implica avanzar hacia enfoques intersectoriales e integrales que aborden simultáneamente factores sociales, estructurales y clínicos.

Distribución de las condiciones dermatológicas

Los estimadores identificados evidencian un perfil epidemiológico mixto donde coexisten enfermedades infecciosas desatendidas y condiciones crónicas no transmisibles. Este patrón refleja que persisten enfermedades asociadas a pobreza y condiciones ambientales, al tiempo que aumentan aquellas vinculadas al envejecimiento poblacional y la exposición acumulada a factores de riesgo.

La concentración de enfermedades como la leishmaniasis y la lepra en determinados territorios sugiere una influencia importante de los determinantes sociales de la salud, incluyendo condiciones de vivienda, acceso a servicios de salud, ruralidad y exposición ambiental. Esta distribución focalizada plantea retos importantes para el diseño de intervenciones, que requieren enfoques territoriales y estrategias diferenciadas.

En contraste, la presencia consistente de cáncer de piel en varios países indica una carga creciente de enfermedad que podría estar asociada tanto a factores de riesgo ambientales como a mejoras en los sistemas de detección y registro. Esto resalta la necesidad de fortalecer estrategias de prevención primaria y detección temprana en la región.

Adicionalmente, la limitada disponibilidad de información de otras condiciones como enfermedades inflamatorias crónicas y autoinmunes sugiere posibles brechas en la vigilancia epidemiológica y en la priorización de estas condiciones dentro de los sistemas de salud.

En conjunto, estos elementos sugieren que las respuestas en salud pública deben abordar simultáneamente la persistencia de enfermedades transmisibles y la creciente carga de enfermedades crónicas, mediante estrategias integrales que fortalezcan la vigilancia, mejoren el acceso a diagnóstico y tratamiento, y consideren las particularidades territoriales y culturales de la región.

Implicaciones de política para Colombia

La evidencia regional y el contexto colombiano evidencia desafíos similares, particularmente en términos de fragmentación del sistema, retraso diagnóstico y desigualdades territoriales (229). La aplicabilidad de estos hallazgos puede variar según la capacidad instalada de los sistemas de salud, la disponibilidad de recursos humanos y el nivel de integración de servicios entre países de la región.

Entre las prioridades se destaca el fortalecimiento del primer nivel de atención, mediante capacitación, herramientas diagnósticas y apoyo especializado (218,219,229). La resolución temprana en este nivel es crítica para enfermedades como la leishmaniasis,

donde el diagnóstico oportuno y el inicio temprano del tratamiento constituyen la principal estrategia de control, evitando progresión, complicaciones y transmisión (239). Así mismo, es necesario abordar las inequidades territoriales en la distribución del talento humano, caracterizadas por la concentración de especialistas en áreas urbanas (219).

La teledermatología y las herramientas digitales representan oportunidades estratégicas para mejorar el acceso, especialmente en zonas rurales, aunque su implementación debe acompañarse de procesos de validación, regulación y fortalecimiento de capacidades (218,219).

Adicionalmente, el fortalecimiento de la capacidad diagnóstica incluyendo redes de laboratorio y plataformas integradas constituye una prioridad crítica (218), así como la mejora en el acceso equitativo a terapias avanzadas (234) y el fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia (229). La experiencia colombiana muestra que, aun cuando los tratamientos pueden ser gratuitos, persisten barreras relacionadas con la cadena de suministro, la planificación de necesidades, la farmacovigilancia y la accesibilidad en territorios rurales (239).

Finalmente, una política debe incorporar un enfoque explícito de equidad y determinantes sociales, reconociendo que las enfermedades dermatológicas se concentran en poblaciones vulnerables y territorios con mayores brechas estructurales.

Limitaciones y fortalezas

La revisión presenta limitaciones relacionadas con la heterogeneidad de la evidencia, en cuanto a diseños de estudios, condiciones y desenlaces evaluados. La búsqueda a través de páginas web de ministerios de salud representó un reto para la identificación y acceso de algunos documentos, por lo que es posible que haya documentos publicados en repositorios de desarrolladores locales u otros que no hayan sido identificados.

Entre las fortalezas se destaca el desarrollo sistemático de la revisión con la publicación de un protocolo previo a su ejecución, la integración de diversas fuentes de evidencia y el enfoque analítico basado en problemas de política pública. Esta orientación permitió identificar patrones estructurales y brechas relevantes, así como generar implicaciones concretas para el contexto colombiano.

La evidencia incluida presenta, en general, fortalezas en la medición de variables y en los análisis realizados. Se identificaron limitaciones relacionadas con la aplicabilidad derivadas de caracterización incompleta de los participantes, el uso de datos secundarios (subregistro, información incompleta y posibles errores de clasificación) y el control insuficiente de factores de confusión en estudios analíticos. En los estudios cualitativos, se observaron debilidades en la explicitación del marco teórico y la reflexividad. En conjunto, la evidencia presenta una calidad metodológica moderada, debido a la predominancia de estudios observacionales, el uso de datos secundarios y las limitaciones en el control de confusión, lo que restringe la inferencia causal. Estas consideraciones deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados, particularmente en relación con su aplicabilidad.

En conjunto, los hallazgos sugieren que los desafíos en dermatología en América Latina trascienden las condiciones individuales y reflejan limitaciones estructurales de los sistemas de salud. La consolidación de modelos integrados, apoyados en innovación tecnológica, fortalecimiento del primer nivel y abordaje de determinantes sociales, será clave para mejorar los resultados en salud dermatológica en la región.

6. Conclusiones

- La evidencia identificada en América Latina indica que las políticas y acciones en dermatología se han concentrado principalmente en enfermedades infecciosas y tropicales desatendidas, especialmente lepra, leishmaniasis y otras enfermedades transmisibles con manifestaciones cutáneas. En comparación, existe menor desarrollo programático y menor disponibilidad de evidencia sobre políticas dirigidas a enfermedades inflamatorias crónicas, autoinmunes y otras condiciones dermatológicas.
- Se identificó un conjunto amplio de respuestas de política pública en la región, incluyendo programas de vacunación, estrategias de detección temprana y control de la transmisión, fortalecimiento de sistemas de información y vigilancia, descentralización diagnóstica, teledermatología, capacitación del talento humano, uso de guías y protocolos, así como intervenciones con enfoque comunitario e intersectorial. En general, estas acciones muestran que la respuesta regional ha estado orientada principalmente al control de eventos y a la reducción de brechas de acceso.
- Las soluciones de política pública más relevantes en la región combinan estrategias de prevención, diagnóstico oportuno, fortalecimiento del talento humano, uso de tecnologías como la telemedicina y participación comunitaria. No obstante, su implementación enfrenta barreras estructurales como desigualdades territoriales, limitada capacidad resolutoria del primer nivel, déficit de especialistas y debilidades en los sistemas de información.
- La evidencia recopilada describe principalmente acciones programáticas y estrategias propuestas desde ministerios de salud, organismos internacionales y servicios públicos, con predominio de documentos técnicos, lineamientos, manuales, normativas y planes nacionales. La literatura científica es más limitada y está compuesta principalmente por estudios observacionales y reportes programáticos.
- Para Colombia, los hallazgos son consistentes con los desafíos regionales y refuerzan la necesidad de avanzar hacia una política pública integral que priorice el fortalecimiento de la atención primaria, la articulación de redes de atención, el uso de teledermatología, la mejora en la vigilancia epidemiológica y la incorporación de un enfoque de equidad.
- La información sobre prevalencia e incidencia identificada a partir de los documentos recopilados es heterogénea y permite identificar que en América Latina coexiste un perfil mixto de enfermedad dermatológica, caracterizado por la

persistencia de enfermedades infecciosas desatendidas en territorios vulnerables y una carga creciente de enfermedades no transmisibles.

- Las recomendaciones de política pública convergen en la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención, ampliar el acceso equitativo a servicios especializados, reforzar los sistemas de información y vigilancia, desarrollar e implementar documentos de estandarización de práctica clínica y adoptar enfoques territoriales e intersectoriales que incorporen los determinantes sociales de la salud.

7. Recomendaciones preliminares de política pública derivadas de la síntesis de evidencia

1. Enfoque general de política pública

La evidencia revisada muestra que las enfermedades cutáneas infecciosas en la región no pueden abordarse únicamente desde la atención clínica, sino como un problema estructural de salud pública, profundamente determinado por pobreza, inequidades territoriales, condiciones ambientales y debilidades del sistema de salud. Esto es consistente en enfermedades como leishmaniasis (9–11,15,16), lepra (143,145,155,156), escabiosis (2,3), tungiasis (34) y mpox (109,111,117,122).

Por tanto, la política pública debe organizarse bajo un enfoque de sistemas integrados de control de enfermedades infecciosas cutáneas, con intervención simultánea sobre determinantes sociales, servicios de salud y vigilancia epidemiológica.

Adicionalmente, la evidencia en otras condiciones dermatológicas no transmisibles muestra que este enfoque integrado también es aplicable al cáncer de piel y enfermedades inflamatorias crónicas, donde la carga creciente, la necesidad de detección temprana y la continuidad del cuidado exigen modelos organizativos integrales que articulen prevención, diagnóstico y tratamiento en todos los niveles del sistema de salud.

2 . Prevención: determinantes sociales, vacunación y control ambiental

2.1 Intervenciones estructurales sobre determinantes sociales

La evidencia es consistente en que enfermedades como leishmaniasis, lepra, micetoma y tungiasis están fuertemente asociadas a pobreza, vivienda precaria, ruralidad y exclusión social (9,13,15,19,34,145,156).

Este patrón también se observa en condiciones como miasis y dermatitis de origen ocupacional, donde factores como saneamiento deficiente, exposición ambiental y condiciones laborales incrementan el riesgo, reforzando la necesidad de intervenciones intersectoriales que incluyan salud ambiental, condiciones de trabajo seguras y educación comunitaria.

Por ello, la política pública debe incorporar:

- Programas intersectoriales de mejoramiento de vivienda y saneamiento básico.
- Intervenciones en zonas rurales dispersas con enfoque territorial.

- Estrategias de reducción de inequidades en acceso a salud.

En tungiasis, por ejemplo, se evidencia que las condiciones estructurales del entorno son determinantes clave del ciclo de transmisión (34), lo cual exige intervenciones ambientales además de clínicas.

2.2 Vacunación como pilar de prevención

Las enfermedades inmunoprevenibles (sarampión, varicela, VPH, mpox) muestran alta efectividad de las estrategias de vacunación en reducción de incidencia, hospitalización y mortalidad.

- En varicela, la introducción de la vacunación redujo hospitalizaciones hasta 88% en Panamá (81) y mortalidad hasta 57% en Brasil (83).
- En Argentina, se reportaron más de 144.000 casos evitados tras vacunación (93) y ahorros económicos significativos (94).
- En VPH, la expansión de la vacunación ha reducido hospitalizaciones por verrugas anogenitales en adolescentes (99) y se ha asociado a reducción de lesiones precancerosas (100,101,105).

Recomendación clave: garantizar coberturas $\geq 95\%$ sostenidas, con esquemas completos, vacunación escolar, estrategias extramurales y recuperación de cohortes rezagadas (129,138,159).

2.3 Control vectorial y enfoque Una Salud

En enfermedades como leishmaniasis y oncocercosis, la evidencia muestra efectividad del control vectorial y la administración masiva de medicamentos (10,11,18,22,28,32,162). Se recomienda:

- Implementar enfoque **One Health (Una Salud)** integrando salud humana, animal y ambiental.
- Control de vectores mediante rociado residual y manejo ambiental.
- Vigilancia entomológica activa en zonas endémicas.

2.4 Promoción de la salud y prevención en enfermedades dermatológicas no transmisibles

Se recomienda incorporar estrategias de educación en salud dirigidas a la población general, orientadas a la fotoprotección, el reconocimiento temprano de lesiones cutáneas y la modificación de conductas de riesgo.

3. Diagnóstico: fortalecimiento del primer nivel y tecnologías descentralizadas

Uno de los hallazgos más consistentes es el **diagnóstico tardío y subdiagnóstico**, especialmente en lepra, rickettsiosis, esporotricosis y micetoma (72,73,125,143,145).

3.1 Fortalecimiento del primer nivel de atención

Se recomienda:

- Capacitación continua del personal en dermatología básica y enfermedades infecciosas.
- Implementación de guías clínicas estandarizadas (3,15,19,72).
- Algoritmos diagnósticos simplificados para sospecha temprana.

En lepra, la falta de reconocimiento clínico en atención primaria es una de las principales barreras (143).

3.2 Redes diagnósticas y tecnología

La evidencia muestra que la descentralización diagnóstica mejora tiempos de detección:

- PCR y pruebas moleculares en leishmaniasis y mpox (21,109).
- Teledermatología en micetoma permitió ampliar cobertura y mejorar seguimiento (no ID normativo explícito, pero dentro del programa mexicano descrito).
- Diagnóstico oportuno redujo tiempos en esporotricosis de 206 a 79 días (125).

La teledermatología ha demostrado reducción en tiempos de atención y menor necesidad de remisión presencial, posicionándose como una herramienta estratégica para cerrar brechas de acceso, especialmente en zonas rurales o con déficit de especialistas

Recomendación clave: crear redes regionales de diagnóstico dermatológico con soporte digital y laboratorios de referencia.

4. Tratamiento: acceso, estandarización y continuidad terapéutica

4.1 Acceso universal a tratamientos esenciales

La evidencia muestra que la efectividad de los programas depende del acceso sostenido a medicamentos:

- Ivermectina en oncocercosis logró eliminación en varios países (28,33).
- Antimoniales y miltefosina son pilares en leishmaniasis (15,19,24).
- Poliquimioterapia en lepra reduce transmisión y discapacidad (143).
- Itraconazol gratuito mejora resultados en esporotricosis (125).

Adicionalmente, en enfermedades dermatológicas crónicas la disponibilidad de terapias avanzadas (biológicos, fototerapia) son variables, lo que puede impactar en resultados clínicos y calidad de vida, lo que resalta la necesidad de fortalecer mecanismos de acceso equitativo a tecnologías en la organización de los servicios de salud (209).

Recomendación: garantizar suministro continuo, gratuito y descentralizado de medicamentos esenciales.

4.2 Tratamiento oportuno y reducción de complicaciones

El retraso en tratamiento incrementa discapacidad (lepra, micetoma, tungiasis) y mortalidad (rickettsiosis, mpox).

- En rickettsiosis, la mortalidad elevada (hasta 64%) se asocia a diagnóstico tardío (73).
- En lepra, la detección tardía aumenta discapacidad grado 2 (143)

Se recomienda tratamiento empírico temprano en sospecha clínica, especialmente en enfermedades de alta letalidad.

4.3 Estandarización del manejo clínico

Se recomienda fortalecer la implementación de guías de práctica clínica adaptadas al contexto para mejorar desenlaces clínicos (182) y optimizar el uso de recursos.

5. Control epidemiológico: vigilancia, respuesta y eliminación

5.1 Sistemas de vigilancia integrados

La vigilancia epidemiológica es el eje transversal de control en todas las enfermedades:

- Sarampión: vigilancia inmediata y búsqueda activa (74,79).
- Mpox: vigilancia intensificada con rastreo de contactos (109,117,122).
- Leishmaniasis: vigilancia obligatoria y redes de laboratorio (16,17,25).
- Lepra: notificación obligatoria y vigilancia de contactos (143).

Recomendación clave: fortalecer sistemas interoperables de vigilancia con notificación en tiempo real.

5.2 Respuesta rápida a brotes

La evidencia muestra que el control depende de capacidad de respuesta:

- Brotes de sarampión asociados a baja cobertura vacunal (77).

- Mpx requiere aislamiento, rastreo de contactos y vacunación focalizada (113).
- Escabiosis requiere búsqueda activa en instituciones cerradas (2).

6. Enfoque diferencial y poblaciones vulnerables

La mayoría de enfermedades afectan desproporcionadamente a:

- Niños (varicela, sarampión, VPH).
- Poblaciones rurales e indígenas (leishmaniasis, micetoma).
- Personas en pobreza estructural (tungiasis, lepra, miasis).
- Hombres que tienen sexo con hombres y personas con VIH (mpox, VPH).

Se recomienda políticas focalizadas con enfoque de equidad territorial y poblacional (15,34,105,111,119).

Adicionalmente, poblaciones con enfermedades dermatológicas enfrentan estigmatización y barreras de acceso que afectan su calidad de vida, lo que requiere incorporar enfoques psicosociales y de atención integral en las políticas públicas

7. Gobernanza, financiamiento e intersectorialidad

La evidencia muestra que los países con programas estructurados logran mejores resultados (Brasil, Colombia, Argentina, Costa Rica).

Se recomienda:

- Financiamiento sostenible de programas de control.
- Integración con educación, vivienda y ambiente.
- Cooperación internacional OPS/OMS (10,11,110,111).
- Fortalecimiento de capacidades locales.

8. Bibliografía

1. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Revista Española de Cardiología. septiembre de 2021;74(9):790-9. doi:10.1016/j.recesp.2021.06.016
2. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, Dirección de Promoción y Prevención, Subdirección de Enfermedades Transmisibles. Control de la escabiosis en el marco del Programa Nacional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas [Internet]. Bogotá D.C.; 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamiento-escabiosis-pneid.pdf>
3. México, Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y Tratamiento de Escabiosis [Internet]. 2012. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/543GER.pdf>
4. Maia-Elkhoury ANS, O. B. Valadas SY, Puppim-Buzanovsky L, Rocha F, Sanchez-Vazquez MJ. SisLeish: A multi-country standardized information system to monitor the status of Leishmaniasis in the Americas. Llanos-Cuentas A, editor. PLoS Negl Trop Dis. 5 de septiembre de 2017;11(9):e0005868. doi:10.1371/journal.pntd.0005868
5. Medeiros F, Souza J, Pimentel M, Reis I, Menezes-Souza D, da Silva A, et al. Evaluation of the public health laboratory network for tegumentary leishmaniasis in an endemic area of Brazil. REVISTA DO INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL DE SAO PAULO. 2024;66. Located at: WOS:001381062800001. doi:10.1590/S1678-9946202466070
6. Mendizábal-Cabrera R, Pérez I, Becerril Montekio V, Pérez F, Durán E, Trueba ML. Cutaneous leishmaniasis control in Alta Verapaz (northern Guatemala): evaluating current efforts through stakeholders' experiences. Infect Dis Poverty. 7 de mayo de 2021;10(1):61. doi:10.1186/s40249-021-00842-3
7. Moreno ES, Cabral JO, Freire MP, Costa ADS, Costa TDS, Souto RNP, et al. Abordagens alternativas para a vigilância da leishmaniose tegumentar em áreas indígenas – estudo de caso entre os Wajãpi do Amapá. Visa em Debate. 25 de noviembre de 2016;4(4):809/342. doi:10.22239/2317-269x.00809
8. Nunes De Moura FJ, Kellyn Kessiene De Sousa Cavalcante. SISTEMA DE VIGILÂNCIA DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR NO CEARÁ, 2012-2022. Cadernos ESP. 1 de julio de 2025;19(1):e2204. doi:10.54620/cadesp.v19i1.2204

9. Superintendencia de Riesgos del Trabajo - Argentina. Leishmaniasis [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2025. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_leishmaniasis_dic_2024.pdf
10. Manual de procedimientos para la vigilancia y el control de las leishmaniasis en la Región de las Américas [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2023 [citado 29 de abril de 2026]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57740> doi:10.37774/9789275327340
11. Plan de acción para fortalecer la vigilancia y el control de las leishmaniasis en las Américas 2023-2030 [Internet]. Pan American Health Organization; 2024 [citado 29 de abril de 2026]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/60551> doi:10.37774/9789275328781
12. Ministerio de Salud Argentina. Redes de Diagnóstico [Internet]. [citado 21 de abril de 2016]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/anlis/instituto-nacional-de-parasitologia/informacion-para-personal-de-salud/redes-de>
13. Bolivia, Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud. Norma Nacional y Manual de Procedimientos Técnicos de Leishmaniasis./Ministerio de Salud. No.364 [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/dgss/Epidemiologia/Leishmaniasis/365-Norma_Nacional_y_Manual_de_Procedimientos_Tcnicos_de_Leishmaniasis-2015.pdf
14. Ministério da Saúde. Manual de vigilância da Leishmaniose tegumentar [Internet]. 2016. Disponible en: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/manual-de-vigilancia-da-leishmaniose-tegumentar/?wpdmdl=3785>
15. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Lineamientos para la atención clínica integral de Leishmaniasis en Colombia [Internet]. Bogotá D.C.; 2018. Disponible en: <https://hospitalsanrafael.gov.co/wp-content/uploads/2022/11/Lineamientos-leishmaniasis.pdf>
16. Colombia., Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de Leishmaniasis [Internet]. mayo de 2024 [citado 29 de abril de 2026]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Leishmaniasis.pdf doi:10.33610/IMYH4569
17. Ministerio de Salud Costa Rica, INCIENSA, OPS. Protocolo para la vigilancia de la Leishmaniasis en Costa Rica [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-guias-y-lineamientos/enfermedades-de-transmision-vectorial-1/leishmaniasis/6084-protocolo-para-la-vigilancia-de-leishmaniasis-en-costa-rica/file>

18. Ministerio de Salud El Salvador. Lineamientos técnicos para el rociado en el control de enfermedades de Chagas, leishmaniasis y malaria [Internet]. 2019. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>
19. Ministerio de Salud El Salvador. Lineamientos técnicos para la prevención, vigilancia y control de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis [Internet]. El Salvador; 2024. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>
20. Ministerio de Salud Pública y asistencia Social Guatemala. Protocolos de Vigilancia Epidemiológica Enfermedades Vectoriales de Origen Parasitario [Internet]. Guatemala; 2018. Disponible en: <https://epidemiologia.mspas.gob.gt/phocadownload/userupload/protocolo-de-vigilancia/vigente/4.pdf>
21. Secretaría de Salud México, Subsecretaría de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional, Dirección General de Epidemiología (DGE). Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la leishmaniasis [Internet]. México; 2025. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1030876/LVL_Leishmaniasis_FINAL_RVC_1025.pdf
22. Ministerio de Salud Nicaragua. Norma de manejo integrado de vectores. Norma N° 213. Managua: Ministerio de Salud [Internet]. 2024. Disponible en: https://www.minsa.gob.ni/sites/default/files/publicaciones/NORMA%20DE%20MANEJO%20INTEGRADO%20DE%20VECTORES%20-%20N%20213_0.pdf
23. Ministerio de Salud de Panamá. Guía para el abordaje integral de la leishmaniasis en Panamá [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/guia_de_leishmaniasis_2015_0.pdf
24. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Paraguay. Manual de Diagnóstico y Tratamiento de las Leishmaniasis [Internet]. 2018. Disponible en: https://dgvs.mspbs.gov.py/files/documentos/Manual_LEISHMANIASIS.pdf
25. Misnisterio de Salud Perú. Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica de Leishmaniasis en el Perú. Resolución No. 165 [Internet]. Perú; 2025. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2025/03/LEISHMANIASIS.pdf>
26. Organización Panamericana de la Salud, República Bolivariana de Venezuela,, Ministerio del Poder Popular para la Salud. Programa de Control de Leishmaniasis. Normas, pautas y procedimientos para el diagnóstico y control [Internet]. Caracas; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51880>

27. Ministerio de Salud El Salvador. Procedimiento para la vigilancia y control de la leishmaniasis El Salvador, [Internet]. El Salvador; 2025. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>
28. Richards F, Rizzo N, Diaz Espinoza CE, Monroy ZM, Crovella Valdez CG, De Cabrera RM, et al. One Hundred Years After Its Discovery in Guatemala by Rodolfo Robles, *Onchocerca volvulus* Transmission Has Been Eliminated from the Central Endemic Zone. *The American Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 9 de diciembre de 2015;93(6):1295-304. doi:10.4269/ajtmh.15-0364
29. Richards FO, Klein RE, De León O, Mendizábal-Cabrera R, Morales AL, Cama V, et al. A Knowledge, Attitudes and Practices Survey Conducted Three Years after Halting Ivermectin Mass Treatment for Onchocerciasis in Guatemala. Freeman MC, editor. *PLoS Negl Trop Dis*. 24 de junio de 2016;10(6):e0004777. doi:10.1371/journal.pntd.0004777
30. OMS. Progress towards eliminating onchocerciasis in the WHO Region of the Americas: elimination of transmission in the north-east focus of the Bolivarian Republic of Venezuela. Vol. 92. 2017;92(41).
31. Botto C, Basañez MG, Escalona M, Villamizar NJ, Noya-Alarcón O, Cortez J, et al. Evidence of suppression of onchocerciasis transmission in the Venezuelan Amazonian focus. *Parasites Vectors*. diciembre de 2016;9(1):40. doi:10.1186/s13071-016-1313-z
32. Pereira De Araujo JL, Ríos D, Grillet ME, Da Cruz AM, Rakers L, Richards F, et al. Progress Toward Onchocerciasis Elimination in Brazil. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 3 de septiembre de 2024;111(3_Suppl):137-40. doi:10.4269/ajtmh.23-0749
33. Fernández-Santos NA, Unnasch TR, Rodríguez-Luna IC, Prado-Velasco FG, Adeniran AA, Martínez-Montoya H, et al. Post-elimination surveillance in formerly onchocerciasis endemic focus in Southern Mexico. Mackenzie CD, editor. *PLoS Negl Trop Dis*. 30 de enero de 2020;14(1):e0008008. doi:10.1371/journal.pntd.0008008
34. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Plan Nacional Prevención y control de la tungiasis [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-nacional-tungiasis-msps.pdf>
35. Ministerio de Salud Costa Rica. Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en Humanos [Internet]. Costa Rica; 2024. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-guias-y-lineamientos/zoosis/gusano-barrenador/7439-version-01-05-de-abril-de-2024->

lineamiento-nacional-para-la-vigilancia-de-miasis-por-gusano-barrenador-en-humanos/file

36. Ministerio de Salud El Salvador. Lineamientos técnicos para la atención integral de la miasis causada por gusano barrenador en humanos [Internet]. El Salvador; 2025. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>
37. Gobierno de Honduras. Lineamientos para la vigilancia epidemiológica, manejo clínico y prevención de miasis por gusano barrenador en humanos [Internet]. Honduras; 2024. Disponible en: <https://honduras.bvsalud.org/wp-content/uploads/2024/12/Lineamientos-para-la-Vigilancia-Epidemiologica-Manejo-Clinico-y-Prevencion-de-Miasis-por-Gusano-Barrenador-en-Humanos.pdf>
38. Ministerio de Salud de Panamá. Guía de Abordaje Clínico, Diagnóstico y Tratamiento de la Miasis [Internet]. Panamá; 2025. Disponible en: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/normatividad/resolucion_1151_de_12_ago_sto_de_2025_-_aprueba_guia_de_abordaje_miasis_sistema_de_salud_del_pais.pdf
39. Grana A, Chirano CA, Talhari S, De Sousa DRT, De Souza LTF, Leturiondo AL, et al. Unveiling hidden leprosy in underserved populations of the Amazonas state through active case-finding—the Amazon Skin Health Program (2023). *Int J Dermatology*. junio de 2025;64(6):1079-85. doi:10.1111/ijd.17628
40. Lages DDS, Maciel ICL, Vidal SL, Lana FCF. Correlation and Trends in Primary Health Care and Family Health Strategy Coverage of Leprosy Detection in Minas Gerais. *IJERPH*. 25 de marzo de 2025;22(4):490. doi:10.3390/ijerph22040490
41. Machado LMG, Dos Santos ES, Cavaliero A, Steinmann P, Ignotti E. Spatio-temporal analysis of leprosy risks in a municipality in the state of Mato Grosso-Brazilian Amazon: results from the leprosy post-exposure prophylaxis program in Brazil. *Infect Dis Poverty*. diciembre de 2022;11(1):21. doi:10.1186/s40249-022-00943-7
42. Maciel RMT. A Capacidade do Estado Brasileiro em Eliminar a Endemia Hansênica. *Fronteiras*. 31 de julio de 2015;4(1):57. doi:10.21664/2238-8869.2015v4i1.p57-76
43. Martos-Casado G, Vives-Cases C, Gil-González D. Community intervention programmes with people affected by leprosy: Listening to the voice of professionals. *Converse PJ*, editor. *PLoS Negl Trop Dis*. 28 de marzo de 2022;16(3):e0010335. doi:10.1371/journal.pntd.0010335
44. Pescarini JM, Williamson E, Nery JS, Ramond A, Ichihara MY, Fiaccone RL, et al. Effect of a conditional cash transfer programme on leprosy treatment adherence and cure in patients from the nationwide 100 Million Brazilian Cohort: a quasi-experimental study. *The Lancet Infectious Diseases*. mayo de 2020;20(5):618-27. doi:10.1016/S1473-3099(19)30624-3

45. Richardus JH, Tiwari A, Barth-Jaeggi T, Arif MA, Banstola NL, Baskota R, et al. Leprosy post-exposure prophylaxis with single-dose rifampicin (LPEP): an international feasibility programme. *The Lancet Global Health*. enero de 2021;9(1):e81-90. doi:10.1016/S2214-109X(20)30396-X
46. Romanholo HSB, Souza EAD, Ramos Júnior AN, Kaiser ACGCB, Silva IOD, Brito AL, et al. Surveillance of intradomiciliary contacts of leprosy cases: perspective of the client in a hyperendemic municipality. *Rev Bras Enferm*. febrero de 2018;71(1):163-9. doi:10.1590/0034-7167-2016-0607
47. Soares RCR, Carvalho AGD, Luz JGG, Lucas ALZ, Ignotti E. Integrated control of neglected tropical diseases in Brazil: document review of a national campaign in light of WHO recommendations. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 26 de septiembre de 2023;47:1. doi:10.26633/RPSP.2023.23
48. Souza MFD, Vanderlei LCDM, Frias PGD, Souza MFD, Vanderlei LCDM, Frias PGD. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe, Pernambuco*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. noviembre de 2017;26(4):817-34. doi:10.5123/S1679-49742017000400013
49. Teixeira CSS, Pescarini JM, Sanchez MN, Ferreira AJF, Fiaccone RL, Ichihara MY, et al. The Minha Casa Minha Vida social housing programme and leprosy in Brazil: an analysis of the 100 Million Brazilian Cohort (2010–2015). *BMC Public Health*. 4 de agosto de 2025;25(1):2647. doi:10.1186/s12889-025-22701-8
50. Vitiritti B, Lima FR, De Castilho NT, Somensi LB, Ogoshi RCS. Hidden leprosy in a low-endemic area in southern Brazil: changes in endemicity following an active search. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*. julio de 2024;28(4):103853. doi:10.1016/j.bjid.2024.103853
51. Ahmed A, Aune D, Vineis P, Pescarini JM, Millett C, Hone T. The effect of conditional cash transfers on the control of neglected tropical disease: a systematic review. *The Lancet Global Health*. mayo de 2022;10(5):e640-8. doi:10.1016/S2214-109X(22)00065-1
52. Barbieri RR, Sales AM, Hacker MA, Nery JADC, Duppre NC, Machado ADM, et al. Impact of a Reference Center on Leprosy Control under a Decentralized Public Health Care Policy in Brazil. Johnson C, editor. *PLoS Negl Trop Dis*. 12 de octubre de 2016;10(10):e0005059. doi:10.1371/journal.pntd.0005059
53. Beltrán-Alzate C, López Díaz F, Romero-Montoya M, Sakamuri R, Li W, Kimura M, et al. Leprosy Drug Resistance Surveillance in Colombia: The Experience of a Sentinel Country. Johnson C, editor. *PLoS Negl Trop Dis*. 5 de octubre de 2016;10(10):e0005041. doi:10.1371/journal.pntd.0005041

54. Costa MRD, Magliano CADS, Barros BM, Morais QCD, Braga AA, Senna KMSE, et al. A cost-effectiveness analysis of a novel algorithm to sequentially diagnose leprosy based on manufactured tests under the SUS perspective. *Cad Saúde Pública*. 2024;40(1):e00038723. doi:10.1590/0102-311xen038723
55. Freitas de Andrade KV, Nery J, Penna MLF, Penna GO, Barreto ML, Pereira S. Effect of Brazil's Conditional Cash Transfer Programme on the new case detection rate of leprosy in children under 15 years old. *Lepr Rev*. 2018;89(1):13-24.
56. Nascimento RD do, Sousa IMC de, Melo CPL de, Santos DCM dos. Criação e desenvolvimento de grupos de apoio para o autocuidado em hanseníase em um estado do Nordeste brasileiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2024;34.
57. Franca J, Aires C, Nobre M, Sakamoto S, Dias GH. Spatial analysis reveals failures in leprosy control activities in a hyperendemic city in Brazil. *LEPROSY*. 1 de diciembre de 2023;94(4):276-85. doi:10.47276/lr.94.4.276
58. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Manual de procedimientos de lepra. Consenso sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la lepra [Internet]. Buenos Aires; 2018. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/07/manual-de-procedimientos-de-lepra-20182.pdf>
59. Ministério da Saúde. Guia prático sobre a hanseníase. Ms; 2017.
60. Ministério da Saúde Brasil, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase [Internet]. Brasília; 2022. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hanseníase/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-da-hanseníase-2022>
61. Brasil., Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente., Departamento de Doenças, Transmissíveis. Estratégia Nacional para Enfrentamento à Hanseníase 2024-2030. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
62. Colombia, Instituto Nacional de Salud. Guía para la vigilancia por laboratorio de *Mycobacterium leprae* [Internet]. Bogotá D.C. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador/Informacin%20de%20laboratorio/Guia%20para%20la%20vigilancia%20por%20laboratorio%20de%20Mycobacterium%20leprae.pdf>
63. Colombia, Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Lepra [Internet]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Lepa%202024.pdf

64. Ministerio de Salud de Costa Rica, Caja Costarricense del Seguro Social, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza, en Nutrición y Salud, Universidad de Costa Rica. Norma para la atención integral y control de la enfermedad de Hansen en Costa Rica [Internet]. Costa Rica; 2012. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-guias-y-lineamientos/otros-eventos/1843-norma-enfermedad-hansen-2014/file>
65. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Protocolo Manejo clínico de la enfermedad de Hansen (Lepra). [Internet]. Quito: Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles - MSP; 2025. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2026/01/REGISTRO-OFICIAL-PROTOCOLO-LEPRA-00048-2025-2.pdf>
66. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Estrategia Nacional de Interrupción de la Transmisión y Eliminación de la Enfermedad de Hansen (lepra) 2025-2030 [Internet]. Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles-MSP. Quito; 2025. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2025/10/AC-00030-2025-SEP-16.pdf>
67. Ministerio de Salud El Salvador. Lineamientos técnicos para la prevención y control de la lepra [Internet]. San Salvador; 2022. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>
68. Secretaría de Salud México. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra) [Internet]. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; Dirección General Adjunta de Epidemiología. México; 2019. Disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/18_Manual_Micobacteriosis.pdf
69. Ministerio de Salud Panamá, Caja de Seguro Social. Guía para el abordaje integral de los pacientes con lepra [Internet]. Panamá; 2019. Disponible en: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/guia_para_el_abordaje_de_los_pacientes_con_lepra.pdf
70. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Paraguay. Manual de Normas y Procedimientos del Programa Nacional de Control de Lepra [Internet]. Paraguay; 2022. Disponible en: <https://dgvs.mspbs.gov.py/wp-content/uploads/2024/08/Manual-Lepra-2022.pdf>
71. Ministerio de Salud Perú, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública., Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis. Norma Técnica de Salud

- para la Prevención, Atención Integral y Control de la Lepra en el Perú [Internet]. Lima - Perú; 2019. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/382650/Norma_t%C3%A9cnica_de_salud_para_la_prevenci%C3%B3n_atenci%C3%B3n_integral_y_control_de_la_lepra_en_el_Per%C3%BA20191011-25586-118y1ya.pdf?v=1605196502
72. Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), Centro Nacional de Diagnóstico e Investigación en Endemo-epidemias - CENDIE. Guía de diagnóstico y tratamiento de la Fiebre Manchada por *Rickettsia parker* [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2016. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/07/manual-fiebre-manchada-2016-web_1_0.pdf
73. Ministerio de Salud Panamá, Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Guía para el abordaje clínico y epidemiológico de las rickettsiosis en Panamá [Internet]. Ciudad de Panamá; 2019. Disponible en: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/guia_para_el_abordaje_clinico_de_la_reickettsiosis_2019.pdf
74. Ministerio de Salud Argentina. Notificación de Enfermedad Febril Exantemática -EFE- (Sarampión/ Rubéola) al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS2.0) [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-11/guia-efe-2023.pdf>
75. Ministerio de Salud Argentina. Lineamientos de campaña focalizada Contra Sarampión en contexto de brote 2025 Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) [Internet]. 2025. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/02/lt_vacunacion_sarampion_2025.pdf
76. Ministerio de Educación Bolivia. Protocolo de Bioseguridad para la prevención del Sarampión en instituciones educativas del Sistema Educativo Plurinacional [Internet]. Disponible en: https://www.minedu.gob.bo/files/publicaciones/unicom/publicaciones/2025/PROTOCOLO_SARAMPION.pdf
77. Ministerio de Salud El Salvador. Lineamientos técnicos para la prevención y control del sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y parotiditis [Internet]. 2025. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>
78. Gobierno de Honduras. Lineamiento para el manejo de casos sospechosos y confirmados de Sarampión en el Primer Nivel de Atención. 2025.
79. Ministerio de Salud Perú. Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Sarampión, Rubéola y otras Enfermedades Febriles Eruptivas [Internet]. 2012.

Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2024/05/directiva-sanitaria-de-sr.pdf>

80. República Dominicana, Ministerio de Salud. Protocolo Vigilancia Sarampión.
81. Miranda KU, DeAntonio R, Norero X, Estripeaut D. The impact of varicella vaccination: A 2005–2019 interrupted time series analysis. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 15 de diciembre de 2023;19(3):2278927. doi:10.1080/21645515.2023.2278927
82. Pawaskar M, Gil-Rojas Y, Irene Parellada C, Rey-Velasco A, Beltrán C, Prieto E, et al. The impact of universal varicella vaccination on the clinical burden of varicella in Colombia: A National database Analysis, 2008–2019. *Vaccine*. agosto de 2022;40(35):5095-102. doi:10.1016/j.vaccine.2022.07.012
83. Ribeiro MZ, Kupek E, Ribeiro PVZ, Pinheiro CEA. Impact of the tetra viral vaccine introduction on varicella morbidity and mortality in the Brazilian macro regions. *Jornal de Pediatria*. noviembre de 2020;96(6):702-9. doi:10.1016/j.jped.2019.10.009
84. Scotta MC, Paternina-de La Ossa R, Lumertz MS, Jones MH, Mattiello R, Pinto LA. Early impact of universal varicella vaccination on childhood varicella and herpes zoster hospitalizations in Brazil. *Vaccine*. enero de 2018;36(2):280-4. doi:10.1016/j.vaccine.2017.11.057
85. Abreu E Silva HBD, Corrêa HP, Ribeiro IA, Nascimento VAM, Greco CM, Pinto ICT, et al. Impact of six years of routine varicella vaccination on the disease-related hospitalizations at Minas Gerais, Brazil. *Vaccine*. enero de 2022;40(2):390-5. doi:10.1016/j.vaccine.2021.08.008
86. Arlant LHF, Garcia MCP, Avila Agüero ML, Cashat M, Parellada CI, Wolfson LJ. Burden of varicella in Latin America and the Caribbean: findings from a systematic literature review. *BMC Public Health*. diciembre de 2019;19(1):528. doi:10.1186/s12889-019-6795-0
87. Barrenechea, Sánchez, Bastos. Impact of single-dose varicella vaccination in Argentina, by province: a time series study. *Arch Argent Pediatr*. 1 de abril de 2025;123(2). doi:10.5546/aap.2024-10412.eng
88. Pinto ICT, Diniz LMO, Carvalho LKD, Resende LS, Silva HBDAE, Araújo RFDA, et al. NUMBER OF CASES OF VARICELLA AND HOSPITALIZATION IN A PEDIATRIC REFERENCE HOSPITAL IN BRAZIL AFTER INTRODUCING THE VACCINE. *Rev paul pediatr*. 2021;39:e2019215. doi:10.1590/1984-0462/2021/39/2019215
89. Falleiros Arlant L, Chabrol Haas L, Marcondes C, Coutinho M, Serra F. Varicella-Related Hospitalizations: Brazilian Retrospective Analysis After The Inclusion of A Vaccine in The National Immunization Program. *Value in Health*. octubre de 2017;20(9):A929. doi:10.1016/j.jval.2017.08.2904

90. Ferrer MP, Delfino M, Badia F, Kenny J, Assandri E, Olivera I, et al. 1723. Varicella in Uruguay. Epidemiological situation and prevention strategies. Period 2008 to 2021. Open Forum Infectious Diseases. 27 de noviembre de 2023;10(Supplement_2):ofad500.1555. doi:10.1093/ofid/ofad500.1555
91. Gentile A, Giglio N, Lucion MF, Martínez AC, Pejito N, Juarez MDV. Impact of varicella vaccine on nosocomial outbreaks and management of post exposure prophylaxis following in a paediatric hospital. Verjans GMGM, editor. PLoS ONE. 20 de mayo de 2021;16(5):e0251496. doi:10.1371/journal.pone.0251496
92. Gentile A, Del Valle Juarez M, Lucion MF, Pejito MN, Martínez AC, Folino A, et al. Impact of varicella vaccination in Argentina: Seroprevalence in children and adults in a pediatric hospital. Vaccine: X. abril de 2022;10:100136. doi:10.1016/j.jvacx.2021.100136
93. Giglio N, Lasalvia P, Pawaskar M, Parellada CI, Rojas YG, Micone P, et al. Trends in Varicella Burden of Disease Following Introduction of Routine Childhood Varicella Vaccination in Argentina: A 12-Year Time Series Analysis. Vaccines. 20 de julio de 2022;10(7):1151. doi:10.3390/vaccines10071151
94. Giglio N, Lasalvia P, Pawaskar M, Parellada CI, Rosselli D, Babic VV, et al. Estimating the health economic impact of the universal varicella vaccination in Argentina from 2015 to 2019. Human Vaccines & Immunotherapeutics. agosto de 2023;19(2):2245703. doi:10.1080/21645515.2023.2245703
95. Ministerio de Salud Argentina, Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Lineamientos técnicos: introducción de la segunda dosis de la vacuna contra varicela al Calendario Nacional de Inmunizaciones [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-01/lineamientos-tecnicos-varicela-2da-dosis.pdf>
96. Ministerio de Salud Pública Uruguay. Protocolo para la profilaxis post exposición frente al virus varicela zóster [Internet]. Uruguay: Dirección General de la Salud, División Epidemiología, Unidad de Inmunizaciones; 2025. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/protocolo-para-profilaxis-post-exposicion-frente-virus-varicela-zoster>
97. Ministerio de Salud El Salvador. Acuerdo No. 294 de 2014. 2014.
98. Mauro AB, Fernandes EG, Miyaji KT, Arantes BA, Valente MG, Sato HK, et al. Adverse events following Quadrivalent HPV vaccination reported in Sao Paulo State, Brazil, in the first three years after introducing the vaccine for routine immunization (March 2014 to December 2016). Rev Inst Med trop S Paulo. 2019;61:e43. doi:10.1590/s1678-9946201961043

99. Bierrenbach AL, Parellada CI, Rocha Sarmento TT, Barbour Oliveira JC, Gonçalves Queijo R, Orengo JC. Impact of HPV vaccination on the hospitalizations for anogenital warts and high-grade cervical intraepithelial neoplasia in Brazil: A national analysis. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 31 de diciembre de 2025;21(1):2514949. doi:10.1080/21645515.2025.2514949
100. Ministerio de Salud Argentina. Lineamientos técnicos y manual de vacunación: vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH). Esquema de dosis única vacuna nonavalente [Internet]. 2024. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/02/lineamiento_vph_unica_dosis_2023_1572024.pdf
101. Ministerio de Salud Argentina. Resolución E 1977 / 2016 [Internet]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/267412/texto>
102. Ministerio de Salud El Salvador. Lineamientos para la inclusión de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) al esquema nacional de vacunación [Internet]. 2019. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>
103. Ministerio de Salud El Salvador. Lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales [Internet]. El Salvador; 2024. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>
104. Ministerio de Salud El Salvador. Lineamientos técnicos para la atención de las poblaciones clave en las clínicas de vigilancia centinela de las infecciones de transmisión sexual [Internet]. 2024. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>
105. Ministerio de Salud Perú. Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano para el Año Fiscal 2025 [Internet]. 2025. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/7563631/6423757-resolucion-ministerial-n-060-2025-minsa.pdf?v=1738333640>
106. De Melo Santos CJ, Sant'Anna AMO. Evaluation of the public policy impacts on Monkeypox in Brazil. *Evaluation and Program Planning*. abril de 2024;103:102414. doi:10.1016/j.evalprogplan.2024.102414
107. Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia. Guía para la Vigilancia Epidemiológica de la Viruela del Mono [Internet]. La Paz - Bolivia; 2022. Disponible en: <https://www.asuss.gob.bo/wp-content/uploads/2022/10/Guia-vigilancia-V-del-M.pdf>
108. Ministerio da Saúde Brasil. Monkeypox: Orientações técnicas para a assistência à saúde [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/mpox/protocolos/mpox-orientacoes-tecnicas-para-a-assistencia-a-saude/view>

109. Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Protocolo de vigilancia en salud pública. Mpox [Internet]. Instituto Nacional de Salud; junio de 2024 [citado 30 de abril de 2026]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_MPOX%202024.pdf doi:10.33610/DNEG1267
110. Ministerio de Salud Costa Rica. Lineamiento General para la Vigilancia de la Viruela Símica [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-guias-y-lineamientos/lineamientos-viruela-simica/5489-lineamiento-general-para-la-vigilancia-de-la-viruela-simica/file>
111. Ministerio de Salud Pública Ecuador, Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud, Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Lineamientos operativos para la viruela del mono o viruela símica [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2024/08/Lineamientos_MPOX_07112022-.pdf
112. Ministerio de Salud El Salvador. Lineamientos técnicos para la detección y control de casos de viruela símica [Internet]. 2022. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>
113. Ministerio de Salud El Salvador. Lineamientos técnicos para la vacunación contra la viruela símica [Internet]. 2022. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>
114. Gobierno de Honduras. Lineamientos para el abordaje clínico y vigilancia epidemiológica de viruela símica Honduras, 2022 [Internet]. Honduras; 2022. Disponible en: <https://honduras.bvsalud.org/wp-content/uploads/2024/04/LINEAMIENTOS-PARA-EL-ABORDAJE-CLINICO-Y-VIGILANCIA-EPIDEMIOLOGICA-DE-VIRUELA-SIMICA-HONDURAS-2022.pdf>
115. Gobierno de Honduras. Lineamientos técnicos y operativos de introducción de la Vacuna contra la Viruela Símica, Honduras. 2022.
116. Secretaría de Salud México, Subsecretaría de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional, Dirección General de Epidemiología. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de mpox versión 2.0 [Internet]. 2025. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/984912/Lineamientos_mpox_03-2025.pdf
117. Ministerio de Salud de Panamá. Guía Nacional para la Vigilancia, Prevención, Control y Atención de la Viruela Símica [Internet]. Panamá; 2022. Disponible en: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/general/guia_nacional_de_vigilancia_prevencion_control_y_atencion_de_la_viruela_simica_version_4.pdf

118. Ministerio de Salud, Dirección General de Salud Pública. Plan Nacional para la Vigilancia, Prevención, Control y Atención de la Viruela Símica [Internet]. Panamá; 2022. Disponible en: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/general/plan_nacional_para_la_vigilancia_prevencion_control_y_atencion_de_la_viruela_simica._version_3.pdf
119. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. Guía Nacional de Salud Pública para la Prevención y Control - Viruela Símica - Mpox. [Internet]. Paraguay; 2025. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/610d1d-GuiaNacionalMpoxParaguay2025.pdf>
120. Instituto de Medicina Tropical, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. Guía de Manejo en Pacientes con Viruela Símica Pediátricos y Adultos del I.M.T. [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/f10c18-ed22bfGUIAVIRUELASIMICAVF02.11.2022.pdf>
121. Ministerio de Salud Perú. Plan de preparación y respuesta ante el riesgo de introducción y propagación del nuevo clado de viruela símica (MPOX) en el Perú [Internet]. Perú; 2024. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/7432899/6332518-resolucion-ministerial-n-903-2024-minsa.pdf?v=1735398121>
122. Ministerio de Salud Perú. Norma Técnica de Salud para la vigilancia epidemiológica de viruela del mono (Viruela símica) en el Perú [Internet]. 2022. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3818406/Norma%20T%C3%A9cnica%20de%20Salud.pdf?v=1667921738>
123. Ministerio de Salud Pública Uruguay, rea de Vigilancia en Salud de la Población. Guía de vigilancia de viruela símica [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-vigilancia-viruela-simica>
124. Roberto E, Guadalupe CL, Guadalupe EC, Hay R. Mycetoma and the Community Dermatology Program, Mexico. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine & Hygiene. 1 de abril de 2021;115(4):383-6. Located at: E-Journals; 56380161. doi:10.1093/trstmh/traa199
125. Poester VR, Stevens DA, Basso RP, Munhoz LS, Zanchi M, Benelli JL, et al. CATastrophe: Response to the challenges of zoonotic sporotrichosis in southern Brazil. Mycoses. 2022;65(1):30-4. Located at: Embase. doi:10.1111/myc.13363
126. Morice A, Abarca-Gómez L, Arroba R, Luisa Avila-Agüero M, Salas-Peraza D, Shendale S, et al. Health workers vaccination: Experience and lessons learned from

Costa Rica. Vaccine: X. diciembre de 2023;15:100376.
doi:10.1016/j.jvacx.2023.100376

127. Saboyá-Díaz MI, Castellanos LG, Morice A, Ade MP, Rey-Benito G, Cooley GM, et al. Lessons learned from the implementation of integrated serosurveillance of communicable diseases in the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 7 de marzo de 2023;47:1. doi:10.26633/RPSP.2023.53
128. Zonta R, Zaros Galana M, Zepeda J, De Barros Perini F, Fairall LR, Melchior Silva Pinto FKK, et al. Supporting a rapid primary care response to emergent communicable disease threats with PACK (Practical Approach to Care Kit) in Florianópolis, Brazil. *BMJ Glob Health*. 2024;9((Zonta R.) Gerência de Integração Assistencial, Secretaria Municipal da Saude, Florianópolis, Brazil). Located at: Embase. doi:10.1136/bmjgh-2023-013815
129. Congreso de la Nación Argentina. Ley 27491 Control de enfermedades prevenibles por vacunación [Internet]. Argentina; 2018. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/318455/texto>
130. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa para la Eliminación de Enfermedades 30+. Acelerar la eliminación de enfermedades transmisibles y problemas relacionados en la Región de las Américas: Marco de seguimiento y acción [Internet]. Washington, D.C.; 2025. Disponible en: <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/0aa94749-2524-4ca2-a3ce-654f20c4072a/content>
131. Ministerio de Salud Perú. Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación [Internet]. Perú; 2018. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/948769/rm-719-2018-minsa.pdf>
132. Ministério da Saúde. Guia de vigilância em saúde [Internet]. 6.^a ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-1-6a-edicao/view>
133. Ministerio de Salud Chile. Decreto 55 Exento: Dispone vacunación obligatoria contra sarampión, rubéola y parotiditis a población que indica [Internet]. Chile; 2020. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1150701>
134. Ministerio de Salud Chile. Decreto 68 Exento: Modifica decreto que dispone vacunación obligatoria contra enfermedades inmunoprevenibles [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=1171309&f=2022-01-14>
135. Colombia, Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Sarampión y Rubéola [Internet]. 06 ed. Vol. 2024. Colombia. Disponible en:

https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Sarampi%C3%B3n_Rubeola.pdf
doi:<https://doi.org/10.33610/LMUT8636>

136. Ministerio de Salud Costa Rica. Norma Nacional de Vacunación Costa Rica [Internet]. Costa Rica; 2013. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-guias-y-lineamientos/vacunas-dvs/1879-norma-nacional-de-vacunacion-2013/file>
137. Ministerio de Salud Costa Rica. Protocolo para la Vigilancia Epidemiológica del Sarampión-Rubéola [Internet]. Costa Rica; 2025. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-guias-y-lineamientos/protocolos-vigilancia-de-la-salud/8802-protocolo-para-la-vigilancia-epidemiologica-del-sarampion-rubeola-2025/file>
138. Ministerio de Salud Pública Ecuador. Lineamientos de la campaña de vacunación y recuperación del esquema regular [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/04/Lineamiento_plan_recuperacion_de_vacunacion_version_30_09_2021-signed-signed.pdf
139. Ministerio de Salud El Salvador. Lineamientos técnicos para la prevención y control de las enfermedades inmunoprevenibles [Internet]. El Salvador; 2024. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>
140. Ministerio de Salud El Salvador. Lineamientos técnicos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en El Salvador VIGEPES [Internet]. El Salvador; 2024. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>
141. Ministerio de Salud El Salvador. Lineamientos técnicos para vacunación segura [Internet]. El Salvador; 2025. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>
142. Ministerio de Salud El Salvador. Norma técnica para la prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles [Internet]. San Salvador; 2023. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>
143. Ministerio de Salud El Salvador. Plan Nacional para la Prevención, Control y Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas [Internet]. San Salvador; 2014. Disponible en: <http://www.salud.gob.sv/regulación/default.asp>

144. Ministerio de Salud El Salvador. Plan Nacional de Respuesta Rápida ante Casos De Sarampión y Rubéola [Internet]. San Salvador; 2017. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>
145. Ministerio de Salud El Salvador. Plan nacional para la prevención, el control y la eliminación de las enfermedades tropicales priorizadas en El Salvador 2024-2026 [Internet]. San Salvador; 2024. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>
146. Congreso de la República de Guatemala. Decreto Número 6-2022: Ley de Vacunación [Internet]. Guatemala; 2022. Disponible en: <https://osarguatemala.org/ley-de-vacunacion-decreto-6-2022/>
147. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Subgerencia de Prestaciones en Salud, Comisión de guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia (GPC-BE) No. 196 Enfermedades inmunoprevenibles: Sarampión y Rubéola [Internet]. Guatemala; 2026. Disponible en: <https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/2025/12/GPC-BE-No-196-Enfermedades-inmunoprevenibles-Sarampion-y-Rubeola-IGSS.pdf>
148. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guatemala. Protocolos de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Inmunoprevenibles [Internet]. Guatemala; 2018. Disponible en: <https://epidemiologia.mspas.gob.gt/phocadownload/userupload/protocolo-de-vigilancia/vigente/6.pdf>
149. Gobierno de Honduras. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación en Honduras [Internet]. Honduras; 2023. Disponible en: <https://honduras.bvsalud.org/wp-content/uploads/2024/04/Manual-para-la-Vigilancia-Epidemiologica-de-las-Enfermedades-Prevenibles-por-Vacunacion-en-Honduras-.pdf>
150. Secretaría de Salud de Honduras. Normas y Procedimientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Capítulo XIV. Vigilancia Epidemiológica [Internet]. Honduras; 2013. Disponible en: <https://www.bvs.hn/Honduras/PAI2013/CapituloXIV.pdf>
151. Gobierno de México, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Manual de Vacunación 2021. Ciudad de México; 2021.
152. Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”. Lineamientos para la Vigilancia por Laboratorio de la Enfermedad Febril Exantemática [Internet]. México; 2018. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/487585/LVL_EFE_4T.pdf

153. Ministerio de Salud Panamá. Guía Nacional de Epidemiológica [Internet]. Panamá; 2018. Disponible en: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/documento_guia_nacional_de_ve_13-12-18.pdf
154. Ministerio de Salud Panamá. Manual de normas y procedimientos del programa ampliado de inmunizaciones [Internet]. Panamá; 2012. Disponible en: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/folleto_normas.pdf
155. Gobierno Nacional República de Panamá, Ministerio de Salud. Hacia el 2030: Enfermedades Infecciosas. Meta e Indicadores [Internet]. Panamá; 2021. Disponible en: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/general/2021_enfermedadese_infecciosas.pdf
156. Dirección General de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Guía Nacional de Vigilancia y Control de Enfermedades [Internet]. Paraguay; 2022. Disponible en: https://dgvs.mspbs.gov.py/files/guiaNacional/Guia_de_Vigilancia_2022_act_6_junio.pdf
157. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS). Guía de Tratamiento Antibiótico Empírico de infecciones más frecuentes adquiridas en la comunidad [Internet]. Paraguay; 2021. Disponible en: <https://dgvs.mspbs.gov.py/wp-content/uploads/2023/07/Guia-de-Terapia-antibiotica-empirica-de-las-infecciones-mas-frecuentes-adquiridas-en-la-comunidad-ADULTOS.pdf>
158. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social PARaguay. Guía de Profilaxis y Tratamiento de las Infecciones Oportunistas en las PVVS [Internet]. Paraguay; 2011. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/pronasida/adjunto/8cf52c-GUIAIO..pdf>
159. Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social Paraguay. Normas Nacionales de Vacunación, Técnico Administrativas y de Vigilancia del Programa Nacional de Enfermedades Inmunoprevenibles (PAI) [Internet]. Paraguay; 2017. Disponible en: <https://pai.mspbs.gov.py/wp-content/uploads/2023/03/NORMAS-NACIONALES-DE-VACUNACION-3ra-Edicion-2017.pdf>
160. Ministerio de Salud Pública Uruguay, División Epidemiología, Departamento de Vigilancia en Salud. Guía Nacional de Vigilancia y Control de Enfermedades y Eventos Sanitarios de Notificación Obligatoria [Internet]. Uruguay; 2015. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/GUIA_VIGILANCIA_2015_enviada_ago2016%20%281%29.pdf

161. Wakiyama TP, França MLM, Carvalho LP, Marques MEA, Miot HA, Schmitt JV. Initial basal cell carcinomas diagnosed in the National Campaign for Skin Cancer Prevention are smaller than those identified by the conventional medical referral system. *An bras dermatol.* febrero de 2017;92(1):26-9. Located at: LILACS. doi:10.1590/abd1806-4841.20175605
162. Buzzá H, da Silva A, Vollet J, Ramirez D, Trujillo J, Inada N, et al. Photodynamic therapy: Progress toward a scientific and clinical network in Latin America. *PHOTODIAGNOSIS AND PHOTODYNAMIC THERAPY.* marzo de 2016;13:261-6. Located at: WOS:000372376500038. doi:10.1016/j.pdpdt.2015.08.004
163. Buzzá HH, Moriyama LT, Vollet-Filho JD, Inada NM, da Silva AP, Stringasci MD, et al. Overall Results for a National Program of Photodynamic Therapy for Basal Cell Carcinoma: A Multicenter Clinical Study to Bring New Techniques to Social Health Care. *Cancer Control.* 2019;26(1). Located at: Embase. doi:10.1177/1073274819856885
164. Superintendencia de Seguridad Social. Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. D. Protocolo de patologías dermatológicas [Internet]. Disponible en: <https://www.suseso.gob.cl/613/w3-propertyvalue-136609.html>
165. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, Colciencias. Guía de Práctica Clínica con evaluación económica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: carcinoma basocelular Guía No. 33 [Internet]. Bogotá D.C.; 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/completa-carcinoma-basocelular.pdf>
166. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, Colciencias. Guía de práctica clínica con evaluación económica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: carcinoma escamocelular de piel Guía No. 32 [Internet]. Bogotá D.C.; 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/completa-carcinoma-escamocelular.pdf>
167. Ministerio de Salud Costa Rica. Manual de normas para el tratamiento de cáncer en Costa Rica [Internet]. 2014. Disponible en: https://www.imprentanacional.go.cr/editorialdigital/libros/textos%20juridicos/manual_contra_el_cancer_edincr.pdf
168. CENETEC. Diagnóstico y Tratamiento del Carcinoma Basocelular. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica [Internet]. México; 2019. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/360GER.pdf>

169. Ministerio de Salud Pública Cuba, Sección Independiente de Control del Cáncer. Prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer de piel [Internet]. La Habana; 2023. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/prevencion-diagnostico-y-tratamientodel-cancer-de-piel/>
170. Sánchez G, Nova J, De La Hoz F, Castañeda C. Incidencia de cáncer de piel en Colombia, años 2003-2007. Piel. abril de 2011;26(4):171-7. doi:10.1016/j.piel.2010.10.028
171. Caja Costarricense de Seguro Social. Lineamiento y formulario de verificación para el tratamiento farmacológico en pacientes con melanoma maligno en contexto adyuvante o metastásico. [Internet]. 2024. Disponible en: <https://repositorio.binasss.sa.cr/server/api/core/bitstreams/e78d2b62-27ce-43e3-b38e-968afe8abbe7/content>
172. Instituto Mexicano del Seguro Social. Prevención primaria y detección oportuna del melanoma cutáneo en población general en el primer nivel de atención médica [Internet]. México; 2016. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/099GER.pdf>
173. Ministério da Saúde Brasil. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas – Melanoma Cutâneo [Internet]. Brasília; 2022. Disponible en: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/20220516_ddt_melanoma_-pos-conitec.pdf
174. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, Colciencias. Guía de Práctica Clínica con evaluación económica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: queratosis actínica. Para uso de profesionales de salud. Guía No. 31 [Internet]. Bogotá D.C.; 2014. Disponible en: https://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_563/GPC_queratosis/GUIA_COMPLETA_QUERATOSIS_ACTINICA.pdf#search=melanoma
175. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y Tratamiento de la Queratosis Actínica [Internet]. México; 2010. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/525GER.pdf>
176. Criado PR, Ocampo-Garza J, Brasil ALD, Belda Junior W, Di Chiacchio N, de Moraes AM, et al. Skin cancer prevention campaign in childhood: survey based on 3676 children in Brazil. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018;32(8):1272-7. Located at: Embase. doi:10.1111/jdv.14740
177. Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Subdirección de Salud. Norma para la atención del cáncer en el ISSS. 2019.
178. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Programa Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Cáncer. Guía de

- prevención y atención integral de cáncer [Internet]. Guatemala; 2016. Disponible en: https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/GTM_B5_GuiaCancer2016.pdf
179. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Vigilancia Epidemiológica del Cáncer [Internet]. Guatemala; 2016. Disponible en: <https://epidemiologia.mspas.gob.gt/phocadownload/userupload/protocolo-de-vigilancia/vigente/protocolo-cancer-2016.pdf>
180. Ministerio de Salud Panamá. Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2019-2029.
181. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico y tratamiento del acné. Guía de Práctica Clínica [Internet]. Quito; 2015. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/02/DIAGN%C3%93STICO-Y-TRATAMIENTO-DEL-ACN%C3%89_16012017.pdf
182. Sánchez J, Toro Y, Cardona R. Clinical impact in the real life of guidelines recommendations for atopic dermatitis in a tropical population (TECCEMA cohort). Rev Alerg Mex. 16 de octubre de 2017;64(3):1. Sánchez J, Toro Y, Cardona R. Clinical impact in the real life of guidelines recommendations for atopic dermatitis in a tropical population (TECCEMA cohort). Rev Alerg Mex. 16 de octubre de 2017;64(3):260-9. doi:10.29262/ram.v64i3.244. doi:10.29262/ram.v64i3.244
183. Luna PC, Debernardi ME, Echeverría CM, Angles MV, Mazzuocolo LD. ECHO project in atopic dermatitis in Argentina: An innovative strategy to reach underserved areas with up to date knowledge, first year of experience. An Bras Dermatol. 2022;97(4):443-7. Located at: Embase. doi:10.1016/j.abd.2021.09.006
184. Superintendencia de Riesgos del trabajo, Ministerio de Producción y Trabajo Argentina. Guía de actuación y diagnóstico de enfermedades profesionales: dermatitis por contacto [Internet]. Argentina; 2018. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/4_guia_de_actuacion_y_diagnostico_-_dermatitis_por_contacto.pdf
185. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Dermatite Atópica [Internet]. Brasil; 2025. Disponible en: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt-da-dermatite-atopica>
186. Ministerio da Saúde Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hidradenite Supurativa [Internet]. Brasil; 2019. Disponible en: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/site-de-portaria-conjunta-14_pcdthidradenite-supurativa.pdf

187. Instituto Mexicano del Seguro Social. Abordaje Terapeutico dermatológico ambulatorio del pénfigo vulgar en adultos [Internet]. México; 2013. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/593GER.pdf>
188. Mazzuocolo L, Esposito M, Luna P, Seiref S, Dominguez M, Echeverria C. WhatsApp: A Real-Time Tool to Reduce the Knowledge Gap and Share the Best Clinical Practices in Psoriasis. *TELEMEDICINE AND E-HEALTH*. 1 de abril de 2019;25(4):294-300. Located at: WOS:000464517300008. doi:10.1089/tmj.2018.0059
189. Mazzuocolo LD, Cura MJ, Marciano S, Luna PC, Tirelli LL, Marchesi C, et al. High impact of a national psoriasis telementoring clinic on medical practices for patients in underserved areas. *Dermatologic Therapy*. enero de 2021;34(1). doi:10.1111/dth.14575
190. Ministerio da Saúde Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Psoríase [Internet]. Brasil; 2021. Disponible en: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20211021_portaria_conjunta_pcdt_psoríase.pdf
191. Instituto Mexicano del Seguro Social. Tratamiento farmacológico para pacientes adultos con psoriasis en placas [Internet]. México; 2013. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/696GER.pdf>
192. República de Panamá. Ley N° 322 de 2022: Atención integral de la psoriasis [Internet]. Panamá; 2022. Disponible en: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/normatividad/ley_no_322_de_30_de_agosto_de_2022_-_psoriasis_normativa.pdf
193. Ministerio de Salud de Panamá. Decreto Ejecutivo N° 23 de 2025: Reglamenta la Ley 322 sobre psoriasis [Internet]. Panamá. Disponible en: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/normatividad/decreto_ejecutivo_no_23_de_13_de_octubre_de_2025_-_int_nacional_atencion_medica_investigacion_y_capitacion_tratamiento_psoriasis75.pdf
194. Comision legislativa / Congreso Paraguay. Proyecto de Ley: “Que crea el Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Psoriasis en Paraguay”. [Internet]. Paraguay. Disponible en: <https://silpy.congreso.gov.py/web/descarga/dictamencomision-452194?preview>
195. Drenkard C, Fuentes-Silva Y, Parente Costa Seguro L, Torres Dos Reis-Neto E, Ibañez S, Elera-Fitzcarrald C, et al. Let’s Talk About Lupus. Overview of an Innovative, High-Reach, Online Program to Fill the Education Gaps of Latin Americans Living With Lupus. *J Clin Rheumatol*. marzo de 2022;28(2):e368-74. doi:10.1097/RHU.0000000000001728

196. Ministerio da Saúde Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Lúpus Eritematoso Sistêmico [Internet]. Brasil; 2022. Disponible en: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20221109_pcdt_lupus.pdf
197. Ministerio de Salud Chile. Guía Clínica AUGÉ Lupus Eritematoso Sistémico [Internet]. 2013. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/09/Lupus.pdf
198. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Guía de Práctica Clínica [Internet]. Quito; 2013. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Guia-lupus-eritematoso.pdf>
199. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), Subgerencia de Prestaciones en Salud, Comisión de guías de práctica clínica basadas en la evidencia (GPC-BE). GPC-BE 113 “Lupus eritematoso sistémico” [Internet]. Guatemala; 2018. Disponible en: <https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/2020/10/GPC-BE-No-113-Lupus-Eritematoso-Sistemico-IGSS.pdf>
200. Senado República Dominicana. Proyecto de Ley que agrega al catálogo de enfermedades catastróficas del Seguro Familiar de Salud la Artritis Reumatoide, la Esclerosis Múltiple y el Lupus Eritematoso Sistémico [Internet]. República Dominicana; 2020. Disponible en: <https://memoriahistorica.senadord.gob.do/items/c3eaae65-cf31-4fed-a9a4-38271d64d5cf>
201. Ministerio da Saúde Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Esclerose Sistêmica [Internet]. Brasil; 2022. Disponible en: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20220926_pcdt_esclerose_sistemica.pdf
202. González-Coloma F, Sandoval-Garcés M, Gedda Quiroga V, Bley Banda C. Tele dermatology in Remote Parts of Chile: Experience in 4 Isolated Rural Areas. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2019;110(8):653-8. Located at: Scopus. doi:10.1016/j.ad.2019.01.009
203. Lipoff JB, Jariwala N, Paz M, Roth RR. Establishment of a dermatology global health outreach and residency partnership program in Guatemala. J Am Acad Dermatol. 2017;76(5):993-994.e1. Located at: Embase. doi:10.1016/j.jaad.2016.11.047
204. Manubens V V, Calderón H P. Tele dermatología sincrónica en tiempos de Covid-19. Percepción del dermatólogo. Rev Hosp Clin Univ Chile. 2023;34(1):19-31. Located at: LILACS. doi:10.5354/2735-7996.2023.70275
205. Messagier AL, Blaizot R, Coupié P, Delaigue S. Tele dermatology Use in Remote Areas of French Guiana: Experience From a Long-Running System. Front Public Health. 2019;7:387-387. Located at: PubMed-not-MEDLINE. doi:10.3389/fpubh.2019.00387

206. von Wangenheim A, Nunes DH. Creating a Web Infrastructure for the Support of Clinical Protocols and Clinical Management: An Example in Tele dermatology. Telemedicine and e-Health. 1 de septiembre de 2019;25(9):781-90. Located at: E-Journals; 71647769. doi:10.1089/tmj.2018.0197
207. Abi-Saab LS, Meirelles BHS, Demo MLO. Economic assessment of teledermatology in the state of Santa Catarina – Brazil. Public Health. 2021;201:35-40. Located at: Scopus. doi:10.1016/j.puhe.2021.09.026
208. Casas IM del P. Community Dermatology in Argentina. Dermatologic Clinics. 1 de enero de 2021;39(1):43-55. Located at: E-Journals; 54682913. doi:10.1016/j.det.2020.08.005
209. de Oliveira RTG, Agostinho GLPL, Granja R, Oyafuso LKM, Criado PR. Socioeconomic impact of high-cost drugs in Brazilian dermatology. Legal and financial aspects, and impact on clinical practice. An bras dermatol. marzo de 2021;96(2):200-9. Located at: LILACS. doi:10.1016/j.abd.2020.08.010
210. Fuenzalida H, Herrera-Reyes H, Aragón-Caqueo D, Gatica JL. Pediatric Tele dermatology in the General Tele dermatology Practice: Population Variances in Contrasting Health Care Scenarios. Telemed J E Health. 2025;31(5):597-604. Located at: Medline. doi:10.1089/tmj.2024.0317
211. Gatica JL, Aragón-Caqueo D, Aedo-Inostroza G, Fuenzalida H, Loubies R, Aedo S, et al. Tele dermatology Evaluation and Feedback Systems: A Tool for Improving Care. Healthcare (Switzerland). 2023;11(11). Located at: Scopus. doi:10.3390/healthcare11111626
212. Gatica JL, Bertoló S, Morales E, Espinoza Plombo M, Contreras C. Store-and-forward tele dermatology in Chile: A contribution to primary health care. Piel. 2015;30(3):148-54. Located at: Scopus. doi:10.1016/j.piel.2014.07.007
213. Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASUSS), Dirección técnica de fiscalización y control de servicios de salud. Normas de diagnóstico y tratamiento: dermatología [Internet]. Bolivia; 2019. Disponible en: <https://www.asuss.gob.bo/wp-content/uploads/2021/11/03-Normas-De-Diagnostico-y-Tratamiento-Dermatologia.pdf>
214. Ministerio da Saúde Brasil, Ministério da Justiça e Segurança Pública. Atenção Primária Prisional – Guia Prático Dermatologia [Internet]. Brasília; 2024. Disponible en: https://www.gov.br/senappen/pt-br/assuntos/noticias/atencao_primaria_prisional_guia_dermatologia.pdf
215. Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, Subdirección de Gestión Asistencial. Protocolo de dermatología y tele dermatología - Referencia y contrareferencia 2015-

- 2018 [Internet]. Chile. Disponible en: <https://docs.google.com/document/d/1ed3PaEMi81j1WLh9l6lLnQ6NS00mx7SN/edit>
216. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (Chile). Protocolo Resolución en Red General de Dermatología [Internet]. Chile; 2022. Disponible en: <https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/01/Res.-2499-del-30.12.22-aprueba-protocolo-general-de-dermatologia.pdf>
217. Engelman D, Fuller LC, Solomon AW, McCarthy JS, Hay RJ, Lammie PJ, et al. Opportunities for Integrated Control of Neglected Tropical Diseases That Affect the Skin. *Trends Parasitol.* noviembre de 2016;32(11):843-54. doi:10.1016/j.pt.2016.08.005 PubMed PMID: 27638231.
218. Marks M, Vedithi SC, van de Sande WWJ, Levecke B, Solomon AW, Asiedu K, et al. A pathway for skin NTD diagnostic development. *PLoS Neglected Tropical Diseases.* 25 de noviembre de 2024;18(11):1-7. Located at: Academic Search Ultimate; 181085149. doi:10.1371/journal.pntd.0012661
219. Flórez Hurtado J, Escobar Aponte H, Uribe Restrepo AF, Ramírez Escobar AF. Análisis de la distribución geográfica de los dermatólogos en las diferentes ciudades y regiones de Colombia. *AsoColDerma: Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica.* 2025;33(1):22-35.
220. Bowers S, Chang AY. The Social Determinants of Health and Their Impact on Dermatologic Health, Part 1: The Social Determinants of Health and Their Dermatologic Implications. *Dermatol Clin.* abril de 2023;41(2):309-16. doi:10.1016/j.det.2022.10.002 PubMed PMID: 36933920.
221. Chang AY, Bowers S. The Social Determinants of Health and Their Impact on Dermatologic Health, Part 2: Taking Action to Address the Social Determinants of Health. *Dermatol Clin.* abril de 2023;41(2):317-24. doi:10.1016/j.det.2022.10.010 PubMed PMID: 36933921.
222. Gatica JL, Bertoló S, Morales E, Espinoza M, Contreras C. Store-and-forward teledermatology in Chile: A contribution to primary health care. *Piel.* 2015;30(3):148-54. Located at: Embase. doi:10.1016/j.piel.2014.07.007
223. Chow A, Smith HE, Car LT, Kong JW, Choo KW, Aw AAL, et al. Teledermatology: an evidence map of systematic reviews. *Syst Rev.* 12 de octubre de 2024;13(1):258. doi:10.1186/s13643-024-02655-5 PubMed PMID: 39396040; PubMed Central PMCID: PMC11476646.
224. Dovigi E, Kwok EYL, English JC. A Framework-Driven Systematic Review of the Barriers and Facilitators to Teledermatology Implementation. *Curr Dermatol Rep.*

- 2020;9(4):353-61. doi:10.1007/s13671-020-00323-0 PubMed PMID: 33200042; PubMed Central PMCID: PMC7658914.
225. Peracca SB, Jackson GL, Weinstock MA, Oh DH. Implementation of Teledermatology: Theory and Practice. *Curr Derm Rep.* 1 de junio de 2019;8(2):35-45. doi:10.1007/s13671-019-0252-2
 226. Campagna M, Naka F, Lu J. Teledermatology: An updated overview of clinical applications and reimbursement policies. *Int J Womens Dermatol.* septiembre de 2017;3(3):176-9. doi:10.1016/j.ijwd.2017.04.002 PubMed PMID: 28831431; PubMed Central PMCID: PMC5555283.
 227. Verma L, Turk T, Dennett L, Dytoc M. Teledermatology in Atopic Dermatitis: A Systematic Review. *J Cutan Med Surg.* 2024;28(2):153-7. doi:10.1177/12034754231223694 PubMed PMID: 38205736; PubMed Central PMCID: PMC11015705.
 228. Haw WY, Al-Janabi A, Arents BWM, Asfour L, Exton LS, Grindlay D, et al. Global Guidelines in Dermatology Mapping Project (GUIDEMAP): a scoping review of dermatology clinical practice guidelines. *Br J Dermatol.* octubre de 2021;185(4):736-44. doi:10.1111/bjd.20428 PubMed PMID: 33937976.
 229. Mazzuocolo LD, Angles MV, Cappetta ME, Soriano ER. Inflammatory Skin Disease in Latin America: Treatment Challenges and Opportunities. *J Inflamm Res.* diciembre de 2025;18:17927-44. Located at: PubMed-not-MEDLINE. doi:10.2147/JIR.S540854
 230. Asokan N. Community Dermatology: Current Status and the Way Forward. *Indian Dermatol Online J.* 2023;14(6):762-8. doi:10.4103/idoj.idoj_497_22 PubMed PMID: 38099039; PubMed Central PMCID: PMC10718120.
 231. Chang AY, Kiprono SK, Maurer TA. Providing dermatological care in resource-limited settings: barriers and potential solutions. *Br J Dermatol.* julio de 2017;177(1):247-8. doi:10.1111/bjd.15372 PubMed PMID: 28731250; PubMed Central PMCID: PMC6648692.
 232. Carrion C, Robles N, Sola-Morales O, Aymerich M, Ruiz Postigo JA. Mobile Health Strategies to Tackle Skin Neglected Tropical Diseases With Recommendations From Innovative Experiences: Systematic Review. *JMIR Mhealth Uhealth.* 31 de diciembre de 2020;8(12):e22478. doi:10.2196/22478 PubMed PMID: 33382382; PubMed Central PMCID: PMC7808891.
 233. Producción social de salud, gobernanza y sistemas de información: Claves para la excelencia en dermatología | Revista Dominicana de Dermatología [Internet]. [citado 21 de abril de 2026]. Disponible en: <https://revista.dermatologico.org.do/index.php/rdd/article/view/26>

234. Papadimitropoulos E, Anderson P, Muzy G, Austin J, Roehrig A, De Lima Tostes C, et al. Burden, Treatment Patterns and Real-World Barriers to Prescribing Advanced Treatments in Adults with Atopic Dermatitis in Brazil and Colombia. *Dermatol Ther.* 2026;16(1):451-72. Located at: Embase. doi:10.1007/s13555-025-01589-7
235. Maatouk C, Lucero-Prisno DE. Barriers to Skin Cancer Diagnosis and Treatment in Low- and Middle-Income Countries and Solutions: A Literature Review. *Public Health Chall.* marzo de 2025;4(1):e70042. doi:10.1002/puh2.70042 PubMed PMID: 40496102; PubMed Central PMCID: PMC12039339.
236. Kolkhir P, Pogorelov D, Darlenski R, Caminati M, Tanno LK, Le Pham D, et al. Management of chronic spontaneous urticaria: a worldwide perspective. *World Allergy Organization Journal.* 2018;11:14. doi:10.1186/s40413-018-0193-4
237. Borzutzky A, Larco JI, Luna PC, McElwee E, Pires MC, Rico Restrepo M, et al. Atopic Dermatitis in Latin America: A Roadmap to Address Data Collection, Knowledge Gaps, and Challenges. *Dermatitis.* noviembre de 2022;33(6S):S83-91. doi:10.1097/DER.0000000000000904
238. Christensen EMM, Jemec G, Saunte DML, Mortensen OS. Introducing Social Dermatology. *Acta Derm Venereol.* 3 de marzo de 2025;105:adv42622. doi:10.2340/actadv.v105.42622
239. Vlassoff C, Giron N, Vera Soto MJ, Maia-Elkhoury ANS, Lal A, Castellanos LG, et al. Ensuring access to essential health products: Lessons from Colombia's leishmaniasis control and elimination initiative. Ramos AN, editor. *PLoS Negl Trop Dis.* 1 de diciembre de 2023;17(12):e0011752. doi:10.1371/journal.pntd.0011752

9. Anexos

Anexo 1. Listado de condiciones dermatológicas

Carcinoma basocelular	Onicomycosis
Carcinoma escamocelular	Escabiosis
Melanoma	Pediculosis
Pénfigo	Larva migrans cutánea
Pénfigo vulgar	Úlcera de Buruli
Penfigoide ampoloso	Lepra
Dermatitis herpetiforme	Leishmaniasis cutánea
Esclerodermia	Leishmaniasis cutánea difusa
Lupus cutáneo	Leishmaniasis mucocutánea
Paniculitis	Infecciones rickettsiales
Eritema nodoso	Oncocercosis
Paniculitis lúpica	Miasis cutánea
Celulitis	Tungiasis
Lipoma	Psoriasis
Angiolipoma	Dermatitis atópica
Quiste epidermoide	Dermatitis de contacto
Absceso subcutáneo	Dermatitis seborreica
Impétigo	Liquen plano
Erisipela	Rosácea
Celulitis	Urticaria crónica
Foliculitis	Hidradenitis supurativa
Herpes simple	Micetoma
Herpes zóster	Esporotricosis
Verrugas (VPH)	Cromoblastomycosis

Molusco contagioso	Alopecia areata
Sarampión	Alopecia androgenética
Varicela	Acné vulgar
Viruela	Hiperhidrosis
Mpox	Onicocriptosis
Tiña corporis	Vitiligo
Tiña pedis	Melasma
Tiña capitis	Hiperpigmentación postinflamatoria
Candidiasis cutánea	

Anexo 2. Estrategias de búsqueda

Estrategia No. 1

	Base de datos:	Medline	
	Buscador:	Ovid	
	Estrategia de búsqueda:	Resultados	Fecha
#23	#29 AND #43 AND #44 AND [medline]/lim AND [2015-2026]/py	899	10/02/2026
#22	#6 AND #20 AND #21 AND [medline]/lim	1485	10/02/2026
#21	#7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16	3767548	10/02/2026
#20	#17 OR #18 OR #19	410705	10/02/2026
#19	mexico:ab,ti OR belize:ab,ti OR honduras:ab,ti OR 'el salvador':ab,ti OR nicaragua:ab,ti OR 'costa rica':ab,ti OR panama:ab,ti OR cuba:ab,ti OR haiti:ab,ti OR 'dominican republic':ab,ti OR colombia:ab,ti OR venezuela:ab,ti OR ecuador:ab,ti OR peru:ab,ti OR bolivia:ab,ti OR chile:ab,ti OR argentina:ab,ti OR uruguay:ab,ti OR 'paraguay':ab,ti OR brazil:ab,ti OR 'puerto rico':ab,ti OR guyana:ab,ti OR suriname:ab,ti OR guatemala:ab,ti	387154	10/02/2026
#18	'latin america':ab,ti	31171	10/02/2026
#17	south AND 'central america'/exp	10633	10/02/2026
#16	'guideline*':ab,ti	964821	10/02/2026
#15	'recommendation*':ab,ti	600379	10/02/2026
#14	'strategic planning'/exp	7967	10/02/2026
#13	'program*':ab,ti	1751174	10/02/2026
#12	'health system*':ab,ti	138232	10/02/2026
#11	'health care':ab,ti	612046	10/02/2026
#10	'health polic*':ab,ti	51836	10/02/2026
#9	'health care policy'/exp	248284	10/02/2026
#8	'public poli*':ab,ti	19278	10/02/2026

#7	'public policy'/exp	270944	10/02/2026
#6	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5	2246548	10/02/2026
#5	dermatosis:ab,ti	14468	10/02/2026
#4	'dermato* disease*':ab,ti	5506	10/02/2026
#3	'cutaneous disease*':ab,ti	4512	10/02/2026
#2	'skin disease*':ab,ti	51361	10/02/2026
#1	'skin disease'/exp	2238859	10/02/2026

Estrategia No. 2

	Base de datos:	Embase	
	Buscador:	Ovid	
	Estrategia de búsqueda:	Resultados	Fecha
#23	#6 AND #20 AND #21 AND [embase]/lim AND [2015-2026]/py	2004	10/02/2026
#22	#6 AND #20 AND #21 AND [embase]/lim	2867	10/02/2026
#21	#7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16	3767548	10/02/2026
#20	#17 OR #18 OR #19	410705	10/02/2026
#19	mexico:ab,ti OR belize:ab,ti OR honduras:ab,ti OR 'el salvador':ab,ti OR nicaragua:ab,ti OR 'costa rica':ab,ti OR panama:ab,ti OR cuba:ab,ti OR haiti:ab,ti OR 'dominican republic':ab,ti OR colombia:ab,ti OR venezuela:ab,ti OR ecuador:ab,ti OR peru:ab,ti OR bolivia:ab,ti OR chile:ab,ti OR argentina:ab,ti OR uruguay:ab,ti OR 'paraguay':ab,ti OR brazil:ab,ti OR 'puerto rico':ab,ti OR guyana:ab,ti OR suriname:ab,ti OR guatemala:ab,ti	387154	10/02/2026
#18	'latin america':ab,ti	31171	10/02/2026
#17	south AND 'central america'/exp	10633	10/02/2026
#16	'guideline*':ab,ti	964821	10/02/2026
#15	'recommendation*':ab,ti	600379	10/02/2026

#14	'strategic planning'/exp	7967	10/02/2026
#13	'program*':ab,ti	1751174	10/02/2026
#12	'health system*':ab,ti	138232	10/02/2026
#11	'health care':ab,ti	612046	10/02/2026
#10	'health polic*':ab,ti	51836	10/02/2026
#9	'health care policy'/exp	248284	10/02/2026
#8	'public poli*':ab,ti	19278	10/02/2026
#7	'public policy'/exp	270944	10/02/2026
#6	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5	2246548	10/02/2026
#5	dermatosis:ab,ti	14468	10/02/2026
#4	'dermato* disease*':ab,ti	5506	10/02/2026
#3	'cutaneous disease*':ab,ti	4512	10/02/2026
#2	'skin disease*':ab,ti	51361	10/02/2026
#1	'skin disease'/exp	2238859	10/02/2026

Estrategia No. 3

	Base de datos:	Scopus	
	Buscador:	Scopus	
	Estrategia de búsqueda:	Resultados	Fecha
#1	(ALL ("skin disease*") OR ALL ("cutan* disease*") OR ALL ("dermato* disease*") OR ALL (dermatosis))	369764	11/02/2026
#2	(TITLE-ABS-KEY (public policy) OR TITLE-ABS-KEY (health care policy) OR TITLE-ABS-KEY (public health) OR TITLE-ABS-KEY (program*) OR TITLE-ABS-KEY (strategic planning) OR TITLE-ABS-KEY (recommendation*) OR TITLE-ABS-KEY (guideline*) OR TITLE-ABS-KEY (health care) OR TITLE-ABS-KEY (health system))	10544762	11/02/2026
#3	(TITLE-ABS-KEY (latin america) OR TITLE-ABS-KEY (south america) OR TITLE-ABS-KEY (Central America) OR TITLE-ABS-KEY (mexico OR guatemala OR belize OR honduras OR "el salvador" OR nicaragua OR "costa	1420631	11/02/2026

	rica" OR panama OR cuba OR haiti OR "dominican republic" OR colombia OR venezuela OR ecuador OR peru OR bolivia OR chile OR argentina OR uruguay OR paraguay OR brazil OR "puerto rico" OR guyana OR suriname))		
#4	(ALL ("skin disease*") OR ALL ("cutan* disease*") OR ALL ("dermato* disease") OR ALL (dermatosis)) AND (TITLE-ABS-KEY (public policy) OR TITLE-ABS-KEY (health care policy) OR TITLE-ABS-KEY (public health) OR TITLE-ABS-KEY (program*) OR TITLE-ABS-KEY (strategic planning) OR TITLE-ABS-KEY (recommendation*) OR TITLE-ABS-KEY (guideline*) OR TITLE-ABS-KEY (health care) OR TITLE-ABS-KEY (health system)) AND (TITLE-ABS-KEY (latin america) OR TITLE-ABS-KEY (south america) OR TITLE-ABS-KEY (Central America) OR TITLE-ABS-KEY (mexico OR guatemala OR belize OR honduras OR "el salvador" OR nicaragua OR "costa rica" OR panama OR cuba OR haiti OR "dominican republic" OR colombia OR venezuela OR ecuador OR peru OR bolivia OR chile OR argentina OR uruguay OR paraguay OR brazil OR "puerto rico" OR guyana OR suriname))	1161	11/02/2026
#5	(ALL ("skin disease*") OR ALL ("cutan* disease*") OR ALL ("dermato* disease") OR ALL (dermatosis)) AND (TITLE-ABS-KEY (public policy) OR TITLE-ABS-KEY (health care policy) OR TITLE-ABS-KEY (public health) OR TITLE-ABS-KEY (program*) OR TITLE-ABS-KEY (strategic planning) OR TITLE-ABS-KEY (recommendation*) OR TITLE-ABS-KEY (guideline*) OR TITLE-ABS-KEY (health care) OR TITLE-ABS-KEY (health system)) AND (TITLE-ABS-KEY (latin america) OR TITLE-ABS-KEY (south america) OR TITLE-ABS-KEY (Central America) OR TITLE-ABS-KEY (mexico OR guatemala OR belize OR honduras OR "el salvador" OR nicaragua OR "costa rica" OR panama OR cuba OR haiti OR "dominican republic" OR colombia OR venezuela OR ecuador OR peru OR bolivia OR chile OR argentina OR uruguay OR paraguay OR brazil OR "puerto rico" OR guyana OR suriname)) AND PUBYEAR > 2014 AND PUBYEAR < 2027	732	11/02/2026

Estrategia No. 4

Sede principal: Avenida 1ra No. 13A-61
Teléfono: (601) 9145360
Sede Chapinero: Carrera 14A # 58A-29
Sede Administrativa: Avenida Caracas No. 1 Sur 85
Teléfono: (601) 9145361
Call Center: (601) 5953130
Email: correspondencia@dermatologia.gov.co
Código Postal: 111511
www.dermatologia.gov.co

	Base de datos:	EBSCO	
	Buscador:	EBSCO	
	Estrategia de búsqueda:	Resultados	Fecha
#1	skin disease* OR cutan* disease* OR dermatology* OR dermatosis	193022	11/02/2026
#2	public policy OR health care policy OR public health OR program* OR strategic planning OR recommendation* OR guideline* OR health care OR health system	20551253	11/02/2026
#3	latin america OR south america OR Central America OR (mexico OR guatemala OR belize OR honduras OR "el salvador" OR nicaragua OR "costa rica" OR panama OR cuba OR haiti OR "dominican republic" OR colombia OR venezuela OR ecuador OR peru OR bolivia OR chile OR argentina OR uruguay OR paraguay OR brazil OR "puerto rico" OR guyana OR suriname)	4852648	11/02/2026
#4	("latin america" OR "south america" OR "Central America" OR mexico OR guatemala OR belize OR honduras OR "el salvador" OR nicaragua OR "costa rica" OR panama OR cuba OR haiti OR "dominican republic" OR colombia OR venezuela OR ecuador OR peru OR bolivia OR chile OR argentina OR uruguay OR paraguay OR brazil OR "puerto rico" OR guyana OR suriname) AND (public policy OR health care policy OR public health OR program* OR strategic planning OR recommendation* OR guideline* OR health care OR health system) AND (skin disease* OR cutan* disease* OR dermatology* OR dermatosis)	1019	11/02/2026
#5	("latin america" OR "south america" OR "Central America" OR mexico OR guatemala OR belize OR honduras OR "el salvador" OR nicaragua OR "costa rica" OR panama OR cuba OR haiti OR "dominican republic" OR colombia OR venezuela OR ecuador OR peru OR bolivia OR chile OR argentina OR uruguay OR paraguay OR brazil OR "puerto rico" OR guyana OR suriname) AND (public policy OR health care policy OR public health OR program* OR strategic planning OR recommendation* OR	850 (Tras eliminar duplicados en la exportación)	11/02/2026

	guideline* OR health care OR health system) AND (skin disease* OR cutan* disease* OR dermatology* disease* OR dermatosis)		
--	---	--	--

Estrategia No. 5

	Base de datos:	LILACS	
	Buscador:	BVS	
	Estrategia de búsqueda:	Resultados	Fecha
#1	((skin disease*) OR (cutan* disease*) OR (dermatology* disease*) OR (dermatosis)) AND ((public policy) OR (health care policy) OR (public health) OR (program*) OR (strategic planning) OR (recommendation*) OR (guideline*) OR (health care) OR (health system)) AND ((latin america) OR (south america) OR (Central America) OR (mexico OR guatemala OR belize OR honduras OR (el salvador) OR nicaragua OR (costa rica) OR panama OR cuba OR haiti OR (dominican republic) OR colombia OR venezuela OR ecuador OR peru OR bolivia OR chile OR argentina OR uruguay OR paraguay OR brazil OR (puerto rico) OR guyana OR suriname))	985	11/02/2026

Estrategia No. 6

	Base de datos:	Web of Science	
	Buscador:	Web of Science	
	Estrategia de búsqueda:	Resultados	Fecha
#1	((TS=(skin disease*)) OR TS=(cutan* disease*)) OR TS=(dermatology* disease*) OR TS=(dermatosis)	211708	11/02/2026
#2	(((((TS=(public policy)) OR TS=(health care policy)) OR TS=(public health)) OR TS=(program*)) OR TS=(strategic planning)) OR TS=(recommendation*)) OR TS=(guideline*)) OR TS=(health care)) OR TS=(health system))	4738797	11/02/2026
#3	(((((TS=(latin america)) OR TS=(south america)) OR TS=(Central America)) OR TS=(mexico OR guatemala OR belize OR honduras OR "el salvador" OR nicaragua OR "costa rica" OR panama OR cuba OR haiti OR	862301	11/02/2026

	"dominican republic" OR colombia OR venezuela OR ecuador OR peru OR bolivia OR chile OR argentina OR uruguay OR paraguay OR brazil OR "puerto rico" OR guyana OR suriname))		
#4	(((((TS=(skin disease*)) OR TS=(cutan* disease*)) OR TS=(dermato* disease*)) OR TS=(dermatosis)) AND (((((((TS=(public policy)) OR TS=(health care policy)) OR TS=(public health)) OR TS=(program*)) OR TS=(strategic planning)) OR TS=(recommendation*)) OR TS=(guideline*)) OR TS=(health care)) OR TS=(health system)) AND (((TS=(latin america)) OR TS=(south america)) OR TS=(Central America)) OR TS=(mexico OR guatemala OR belize OR honduras OR "el salvador" OR nicaragua OR "costa rica" OR panama OR cuba OR haiti OR "dominican republic" OR colombia OR venezuela OR ecuador OR peru OR bolivia OR chile OR argentina OR uruguay OR paraguay OR brazil OR "puerto rico" OR guyana OR suriname))	1033	11/02/2026

Búsqueda literatura gris

	Búsqueda 1
Fuente	Google scholar
Fecha	12/04/2026
Límites	2015-2026 Sin citas
Estrategia	(dermatología OR "enfermedades dermatológicas" OR "enfermedades de la piel") AND ("política pública" OR programas OR estrategias) AND ("latinoamérica" OR méxico OR belice OR honduras OR "el salvador" OR nicaragua OR "costa rica" OR panamá OR cuba OR haití OR "república dominicana" OR colombia OR venezuela OR ecuador OR Perú OR bolivia OR chile OR argentina OR uruguay OR paraguay OR brasil OR "puerto rico" OR guyana OR surinam OR guatemala)
Resultados	Primeros 30 resultados. Orden: por relevancia

	Búsqueda 2
Fuente	Google scholar
Fecha	12/04/2026

Límites	2015-2026 Sin citas
Estrategia	(dermatology OR "skin diseases" OR "cutaneous diseases" OR "skin conditions") AND ("public policy" OR "health policy" OR programs OR strategies) AND ("latin america" OR mexico OR belize OR honduras OR "el salvador" OR nicaragua OR "costa rica" OR panama OR cuba OR haiti OR "dominican republic" OR colombia OR venezuela OR ecuador OR peru OR bolivia OR chile OR argentina OR uruguay OR paraguay OR brazil OR "puerto rico" OR guyana OR suriname OR guatemala)
Resultados	Primeros 30 resultados. Orden: por relevancia

Búsqueda en páginas web

País	Página consultada/ observación	Fecha	Estrategia de búsqueda	Resultados
Argentina	https://www.argentina.gob.ar/salud	3/03/2026	site:argentina.gob.ar/salud (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (tele dermatología OR "Carcinoma basocelular" OR "Carcinoma escamocelular" OR Melanoma) site:argentina.gob.ar/salud (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) ("Pénfigo" OR "Dermatitis herpetiforme" OR Esclerodermia OR Lupus) site:argentina.gob.ar/salud (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (Paniculitis OR "Eritema nodoso" OR "Paniculitis lúpica" OR Celulitis OR Lipoma OR Angiolipoma OR "Quiste epidermoide" OR "Absceso subcutáneo") site:argentina.gob.ar/salud (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (Impétigo OR Erisipela OR Foliculitis OR Herpes OR Verrugas OR VPH OR "Molusco contagioso" OR Sarampión OR varicela OR viruela OR mpox) site:argentina.gob.ar/salud (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) ("Tiña" OR "Candidiasis cutánea" OR Onicomicosis OR Micetoma OR Esporotricosis OR Cromoblastomycosis) site:argentina.gob.ar/salud (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (Escabiosis OR Pediculosis OR "Larva migrans cutánea" OR Tungiasis OR Miasis) site:argentina.gob.ar/salud (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (Lepra OR Leishmaniasis OR rickettsia OR Oncocercosis OR "Úlcera de Buruli") site:argentina.gob.ar/salud (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta	11

Sede principal: Avenida 1ra No. 13A-61
 Teléfono: (601) 9145360
 Sede Chapinero: Carrera 14A # 58A-29
 Sede Administrativa: Avenida Caracas No. 1 Sur 85
 Teléfono: (601) 9145361
 Call Center: (601) 5953130
 Email: correspondencia@dermatologia.gov.co
 Código Postal: 111511
www.dermatologia.gov.co

País	Página consultada/ observación	Fecha	Estrategia de búsqueda	Resultados
			OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (Psoriasis OR Dermatitis OR "Liquen plano" OR Rosácea OR "Urticaria crónica" OR "Hidradenitis supurativa") site:argentina.gob.ar/salud (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (Alopecia OR "Acné vulgar" OR Hiperhidrosis OR Onicocriptosis OR Vitiligo OR Melasma OR "Hiperpigmentación postinflamatoria")	
Belice	No se ubicaron páginas estatales			0
Bolivia	https://www.asuss.gob.bo/ https://www.minsalud.gob.bo/	7/03/2026	site:gob.bo (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (tele dermatología OR "Carcinoma basocelular" OR "Carcinoma escamocelular" OR Melanoma) site:gob.bo (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) ("Pénfigo" OR "Dermatitis herpetiforme" OR Esclerodermia OR Lupus) site:gob.bo (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (Paniculitis OR "Eritema nodoso" OR "Paniculitis lúpica" OR Celulitis OR Lipoma OR Angiolipoma OR "Quiste epidermoide" OR "Absceso subcutáneo") site:gob.bo (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (Impétigo OR Erisipela OR Foliculitis OR Herpes OR Verrugas OR VPH OR "Molusco contagioso" OR Sarampión OR varicela OR viruela OR mpox) site:gob.bo (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) ("Tiña" OR "Candidiasis cutánea" OR Onicomicosis OR Micetoma OR Esporotricosis OR Cromoblastomycosis) site:gob.bo (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (Escabiosis OR Pediculosis OR "Larva migrans cutánea" OR Tungiasis OR Miasis) site:gob.bo (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (Lepra OR Leishmaniasis OR rickettsia OR Oncocercosis OR "Úlcera de Buruli" OR "Enfermedad de Lyme") site:gob.bo (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR estrategia	3

País	Página consultada/ observación	Fecha	Estrategia de búsqueda	Resultados
			OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (Psoriasis OR Dermatitis OR "Liquen plano" OR Rosácea OR "Urticaria crónica" OR "Hidradenitis supurativa") site:gob.bo (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (Alopecia OR "Acné vulgar" OR Hiperhidrosis OR Onicocriptosis OR Vitiligo OR Melasma OR "Hiperpigmentación postinflamatoria")	
Brasil	https://www.gov.br/	7/03/2026	site:gov.br/saude (política OR programa OR guía OR protocolo OR plano OR estrategia OR prevenção OR controle OR vigilância OR lei OR portaria) (tele Dermatologia OR "Carcinoma basocelular" OR "Carcinoma espinocelular" OR Melanoma) site:gov.br/saude (política OR programa OR guía OR protocolo OR plano OR estrategia OR prevenção OR controle OR vigilância OR lei OR portaria) ("Pênfigo" OR "Dermatite herpetiforme" OR Esclerodermia OR Lúpus) site:gov.br/saude (política OR programa OR guía OR protocolo OR plano OR estrategia OR prevenção OR controle OR vigilância OR lei OR portaria) (Paniculite OR "Eritema nodoso" OR "Paniculite lúpica" OR Celulite OR Lipoma OR Angiolipoma OR "Cisto epidermoide" OR "Absceso subcutáneo") site:gov.br/saude (política OR programa OR guía OR protocolo OR plano OR estrategia OR prevenção OR controle OR vigilância OR lei OR portaria) (Impetigo OR Erisipela OR Foliculite OR Herpes OR Verrugas OR HPV OR "Molusco contagioso" OR Sarampo OR varicela OR variola OR mpox) site:gov.br/saude (política OR programa OR guía OR protocolo OR plano OR estrategia OR prevenção OR controle OR vigilância OR lei OR portaria) ("Tinea" OR "Candidíase cutánea" OR Onicomícosis OR Micetoma OR Esporotricosis OR Cromoblastomícosis) site:gov.br/saude (política OR programa OR guía OR protocolo OR plano OR estrategia OR prevenção OR controle OR vigilância OR lei OR portaria) (Escabiose OR Pediculose OR "Larva migrans cutánea" OR Tungíase OR Miíase) site:gov.br/saude (política OR programa OR guía OR protocolo OR plano OR estrategia OR prevenção OR controle OR vigilância OR lei OR portaria) (Hanseníase OR Leishmaniose OR rickettsia OR Oncocercosis OR "Úlcera de Buruli" OR "Doença de Lyme") site:gov.br/saude (política OR programa OR guía OR protocolo OR plano OR estrategia OR prevenção OR controle OR vigilância OR lei OR portaria) (Psoríase OR Dermatitis OR "Liquen plano" OR Rosácea OR "Urticaria crónica" OR "Hidradenite supurativa") site:gov.br/saude (política OR programa OR guía OR protocolo OR plano OR estrategia OR prevenção OR controle OR vigilância OR lei OR portaria) (Alopecia OR "Acre vulgar")	10

Sede principal: Avenida 1ra No. 13A-61
 Teléfono: (601) 9145360
 Sede Chapinero: Carrera 14A # 58A-29
 Sede Administrativa: Avenida Caracas No. 1 Sur 85
 Teléfono: (601) 9145361
 Call Center: (601) 5953130
 Email: correspondencia@dermatologia.gov.co
 Código Postal: 111511
www.dermatologia.gov.co

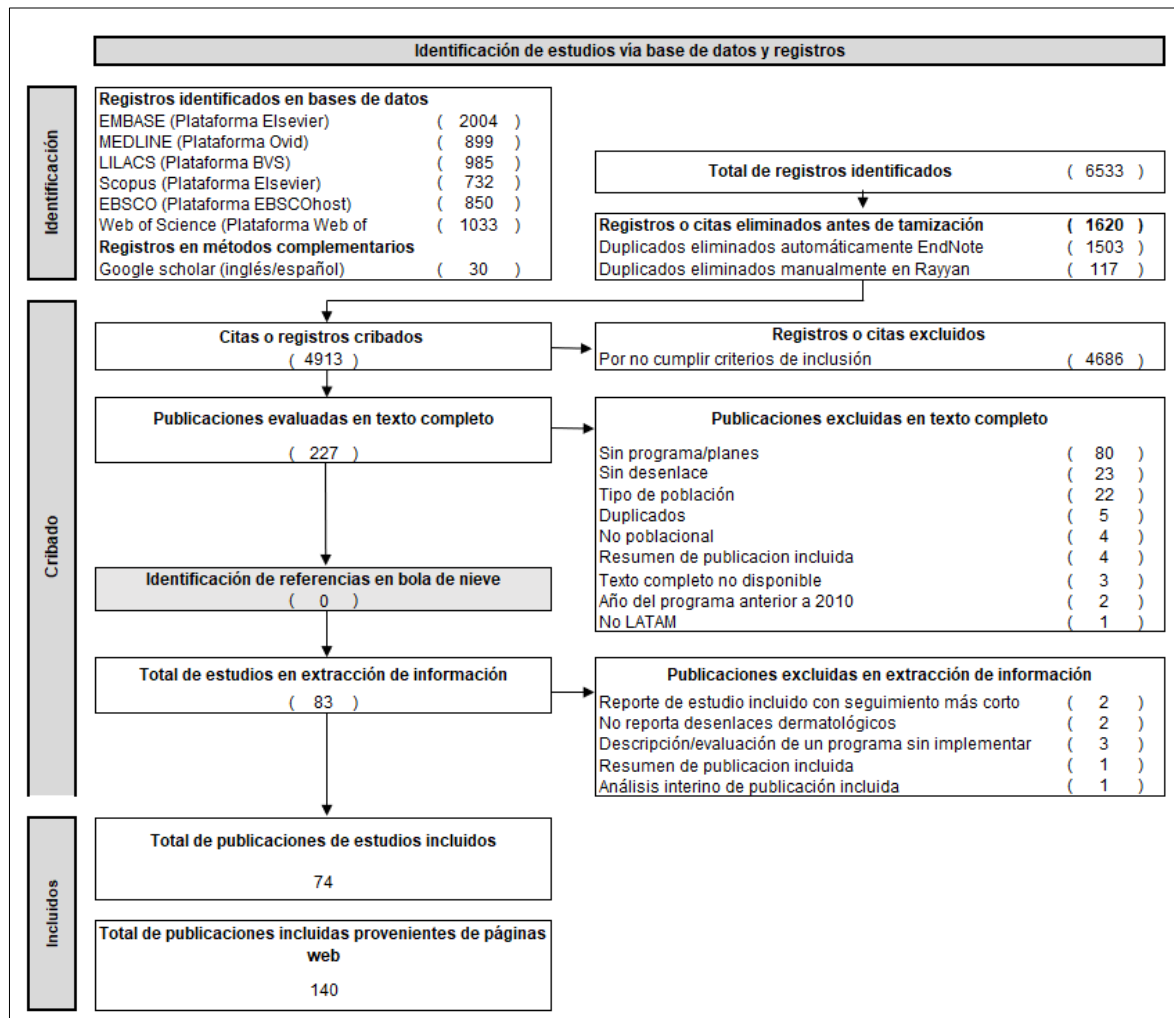
País	Página consultada/ observación	Fecha	Estrategia de búsqueda	Resultados
			OR Hiperidrose OR Onicocriptose OR Vitiligo OR Melasma OR "Hiperpigmentação pós-inflamatória")	
Chile	https://diprece.minsal.cl/	6/03/2026 10/03/2026	Búsqueda manual	6
Colombia	https://www.minsalud.gov.co/ https://www.ins.gov.co	7/03/2026	site:gov.co (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR RIAS OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (tele Dermatología OR "Carcinoma basocelular" OR "Carcinoma escamocelular" OR Melanoma) site:gov.co (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR RIAS OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) ("Pénfigo" OR "Dermatitis herpetiforme" OR Esclerodermia OR Lupus) site:gov.co (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR RIAS OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (Paniculitis OR "Erythema nodoso" OR "Paniculitis lúpica" OR Celulitis OR Lipoma OR Angiolipoma OR "Quiste epidermoide" OR "Absceso subcutáneo") site:gov.co (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR RIAS OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (Impétigo OR Erisipela OR Foliculitis OR Herpes OR Verrugas OR VPH OR "Molusco contagioso" OR Sarampión OR varicela OR viruela OR mpox) site:gov.co (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR RIAS OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) ("Tiña" OR "Candidiasis cutánea" OR Onicomycosis OR Micetoma OR Esporotricosis OR Cromoblastomycosis) site:gov.co (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR RIAS OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (Escabiosis OR Pediculosis OR "Larva migrans cutánea" OR Tungiasis OR Miasis) site:gov.co (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR RIAS OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (Lepra OR Leishmaniasis OR rickettsia OR Oncocercosis OR "Úlcera de Buruli" OR "Enfermedad de Lyme")	11

País	Página consultada/ observación	Fecha	Estrategia de búsqueda	Resultados
			site:gov.co (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR RIAS OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (Psoriasis OR Dermatitis OR "Liquen plano" OR Rosácea OR "Urticaria crónica" OR "Hidradenitis supurativa") site:gov.co (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR RIAS OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (Alopecia OR "Acné vulgar" OR Hiperhidrosis OR Onicocriptosis OR Vitiligo OR Melasma OR "Hiperpigmentación postinflamatoria")	
Costa Rica	https://www.imprentanacional.go.cr/ https://www.ministeriodesalud.go.cr/	7/03/2026	Búsqueda manual	8
Cuba	https://especialidad.es.sld.cu/	7/03/2026	Búsqueda manual	1
Ecuador	https://www.salud.gob.ec/	7/03/2026	Búsqueda manual	6
El Salvador	https://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp	19/03/2026	Búsqueda manual	19*
Guatemala	https://osarquatemala.org/ley-de-vacunacion-decreto-6-2022/ https://www.igssgt.org/ https://epidemiologia.mspas.gob.gt/	10/03/2026	Búsqueda manual	7
Haití	Idioma francés		Búsqueda manual	0
Honduras	https://www.salud.gob.hn/sshome/	13/03/2026 14/03/2026	Búsqueda manual	6

País	Página consultada/ observación	Fecha	Estrategia de búsqueda	Resultados
México	www.imss.gob.mx https://www.gob.mx/	6/03/2026 08/03/2026	site:gob.mx (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (tele dermatología OR "Carcinoma basocelular" OR "Carcinoma escamocelular" OR Melanoma) site:gob.mx (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) ("Pénfigo" OR "Dermatitis herpetiforme" OR Esclerodermia OR Lupus) site:gob.mx (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (Paniculitis OR "Eritema nodoso" OR "Paniculitis lúpica" OR Celulitis OR Lipoma OR Angiolipoma OR "Quiste epidermoide" OR "Absceso subcutáneo") site:gob.mx (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (Impétigo OR Erisipela OR Foliculitis OR Herpes OR Verrugas OR VPH OR "Molusco contagioso" OR Sarampión OR varicela OR viruela OR mpox) site:gob.mx (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) ("Tiña" OR "Candidiasis cutánea" OR Onicomicosis OR Micetoma OR Esporotricosis OR Cromoblastomycosis) site:gob.mx (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (Escabiosis OR Pediculosis OR "Larva migrans cutánea" OR Tungiasis OR Miasis) site:gob.mx (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (Lepra OR Leishmaniasis OR rickettsia OR Oncocercosis OR "Úlcera de Buruli" OR "Enfermedad de Lyme") site:gob.mx (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (Psoriasis OR Dermatitis OR "Liquen plano" OR Rosácea OR "Urticaria crónica" OR "Hidradenitis supurativa") site:gob.mx (política OR programa OR guía OR protocolo OR plan OR ruta OR estrategia OR prevención OR control OR vigilancia OR ley OR resolución) (Alopecia OR "Acné vulgar" OR Hiperhidrosis OR Onicocriptosis OR Vitiligo OR Melasma OR "Hiperpigmentación postinflamatoria")	11
Nicaragua	https://www.minsa.gob.ni/	13/03/2026	Búsqueda manual	1
Panamá	https://www.minsa.gob.pa	13/03/2026	Búsqueda manual	12

País	Página consultada/ observación	Fecha	Estrategia de búsqueda	Resultados
Paraguay	https://dgvs.mspbs.gov.py	12/03/2026 13/03/2026	Búsqueda manual	9
Perú	https://cdn.www.gob.pe/	13/03/2026 14/03/2026	Búsqueda manual	7
República Dominicana	https://repositorio.msp.gov.do/	13/03/2026	Búsqueda manual	2
Uruguay	https://www.gub.uy/	13/03/2026	Búsqueda manual	3
Venezuela	https://mpps.gob.ve/	13/03/2026	No hay documentos encontrados pendiente un acceso a una protocolos epidemiológicos Por búsqueda de bases de datos se ubica un documento	0*
OPS		3/03/2026	Búsqueda por bola de nieve	4*
* Por búsqueda de bases de datos se ubica un documento que se incluye junto a estos para la extracción de información.				

Anexo 3. PRISMA



Anexo 4. Lista de estudios incluidos y excluidos

Lista de estudios incluidos - bases electrónicas

No.	Autor, año	Título
1	OMS, 2017	Progress towards eliminating onchocerciasis in the WHO Region of the Americas: elimination of transmission in the north-east focus of the Bolivarian Republic of Venezuela

Sede principal: Avenida 1ra No. 13A-61
 Teléfono: (601) 9145360
 Sede Chapinero: Carrera 14A # 58A-29
 Sede Administrativa: Avenida Caracas No. 1 Sur 85
 Teléfono: (601) 9145361
 Call Center: (601) 5953130
 Email: correspondencia@dermatologia.gov.co
 Código Postal: 111511
www.dermatologia.gov.co

No.	Autor, año	Título
2	Abi-Saab, 2021	Economic assessment of tele dermatology in the state of Santa Catarina " Brazil
3	Ahmed, 2022	The effect of conditional cash transfers on the control of neglected tropical disease: a systematic review
4	Falleiros-Arlant, 2019	Burden of varicella in Latin America and the Caribbean: findings from a systematic literature review
5	Rodrigues-Barbieri, 2016	Impact of a Reference Center on Leprosy Control under a Decentralized Public Health Care Policy in Brazil
6	Barrenechea, 2025	Impact of single-dose varicella vaccination in Argentina, by province: a time series study
7	Beltrán, 2016	Leprosy Drug Resistance Surveillance in Colombia: The Experience of a Sentinel Country
8	Bierrenbach, 2025	Impact of HPV vaccination on the hospitalizations for anogenital warts and high-grade cervical intraepithelial neoplasia in Brazil: A national analysis
9	Botto, 2016	Evidence of suppression of onchocerciasis transmission in the Venezuelan Amazonian focus
10	Buzza, 2019	Overall Results for a National Program of Photodynamic Therapy for Basal Cell Carcinoma: A Multicenter Clinical Study to Bring New Techniques to Social Health Care
11	Buzza, 2016	Photodynamic therapy: Progress toward a scientific and clinical network in Latin America
12	Casas, 2021	Community Dermatology in Argentina
13	Criado, 2023	Skin cancer prevention campaign in childhood: survey based on 3676 children in Brazil
14	daCosta, 2024	A cost-effectiveness analysis of a novel algorithm to sequentially diagnose leprosy based on manufactured tests under the SUS perspective
15	Mazzuocolo, 2020	High impact of a national psoriasis telementoring clinic on medical practices for patients in underserved areas
16	deAbreu - Pinto, 2020	Number of cases of varicella and hospitalization in a pediatric reference hospital in brazil after introducing the vaccine
17	DeAndrade, 2018	Effect of Brazil's Conditional Cash Transfer Programme on the new case detection rate of leprosy in children under 15 years old
18	deAraujo, 2024	Progress Toward Onchocerciasis Elimination in Brazil
19	deMelo, 2024	Evaluation of the public policy impacts on Monkeypox in Brazil
20	deOliveira, 2021	Socioeconomic impact of high-cost drugs in Brazilian dermatology. Legal and financial aspects, and impact on clinical practice

No.	Autor, año	Título
21	doNascimento, 2024	Creation and development of support groups for leprosy self-care in a state in the northeast of Brazil
22	Drenkard, 2022	Let's Talk about Lupus. Overview of an Innovative, High-Reach, Online Program to Fill the Education Gaps of Latin Americans Living with Lupus
23	MinSalud-ElSalvador, 2025	Procedimiento para la vigilancia y control de la leishmaniasis
24	Falleiros-Arlant, 2017	Varicella-related hospitalizations: Brazilian retrospective analysis after the inclusion of a vaccine in the national immunization program
25	Fernandez-Santos, 2020	Post-elimination surveillance in formerly onchocerciasis endemic focus in southern Mexico
26	Pujadas-Ferrer, 2023	Varicella in Uruguay. Epidemiological situation and prevention strategies. Period 2008 to 2021
27	Franca, 2023	Spatial analysis reveals failures in leprosy control activities in a hyperendemic city in Brazil
28	Fuenzalida, 2025	Pediatric Tele dermatology in the General Tele dermatology Practice: Population Variances in Contrasting Health Care Scenarios
29	Gatica, 2023	Tele dermatology Evaluation and Feedback Systems: A Tool for Improving Care
30	Gatica, 2015	Store-and-forward tele dermatology in Chile: A contribution to primary health care
31	Gentile, 2022	Impact of varicella vaccination in Argentina: Seroprevalence in children and adults in a pediatric hospital
32	Gentile, 2021	Impact of varicella vaccine on nosocomial outbreaks and management of post exposure prophylaxis following in a paediatric hospital
33	Giglio, 2022	Trends in Varicella Burden of Disease Following Introduction of Routine Childhood Varicella Vaccination in Argentina: A 12-Year Time Series Analysis
34	Giglio, 2023	Estimating the health economic impact of the universal varicella vaccination in Argentina from 2015 to 2019
35	Gonzalez-Coloma, 2019	Tele dermatology in Remote Parts of Chile: Experience in 4 Isolated Rural Areas
36	Grana, 2025	Unveiling hidden leprosy in underserved populations of the Amazonas state through active case-finding: the Amazon Skin Health Program (2023)
37	Lages, 2025	Correlation and Trends in Primary Health Care and Family Health Strategy Coverage of Leprosy Detection in Minas Gerais
38	Lipof, 2017	Establishment of a dermatology global health outreach and residency partnership program in Guatemala
39	Luna, 2022	ECHO project in atopic dermatitis in Argentina: An innovative strategy to reach underserved areas with up to date knowledge, first year of experience

No.	Autor, año	Título
40	Machado, 2022	Spatio-temporal analysis of leprosy risks in a municipality in the state of Mato Grosso-Brazilian Amazon: results from the leprosy post-exposure prophylaxis program in Brazil
41	Maciel, 2015	The Brazilian states' capacity in eliminating the hansen endemic
42	Maia-Elkhoury, 2017	SisLeish: A multi-country standardized information system to monitor the status of Leishmaniasis in the Americas
43	Manubens, 2023	Tele Dermatología síncrona en tiempos de Covid-19. Percepción del dermatólogo
44	Martos, 2022	Community intervention programmes with people affected by leprosy: Listening to the voice of professionals
45	Mauro, 2019	Adverse events following Quadrivalent HPV vaccination reported in Sao Paulo State, Brazil, in the first three years after introducing the vaccine for routine immunization (March 2014 to December 2016)
46	Mazzuoccolo, 2019	WhatsApp: A Real-Time Tool to Reduce the Knowledge Gap and Share the Best Clinical Practices in Psoriasis
47	Medeiros, 2024	Evaluation of the public health laboratory network for tegumentary leishmaniasis in an endemic area of Brazil
48	Mendizabal, 2021	Cutaneous leishmaniasis control in Alta Verapaz (northern Guatemala): evaluating current efforts through stakeholders' experiences
49	Messagier, 2019	Tele dermatology Use in Remote Areas of French Guiana: Experience From a Long-Running System
50	Miranda, 2023	The impact of varicella vaccination: A 2005-2019 interrupted time series analysis
51	Moreno, 2016	Alternative approaches for cutaneous leishmaniasis surveillance in indigenous areas - case study among the Amapá Wajapi people
52	Morice, 2023	Health workers vaccination: Experience and lessons learned from Costa Rica
53	Nunes, 2025	SISTEMA DE VIGILÂNCIA DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR NO CEARÁ , 2012-2022
54	OPS, 2019	Programa de Control de Leishmaniasis. Normas, pautas y procedimientos para el diagnóstico y control
55	Pawaskar, 2022	The impact of universal varicella vaccination on the clinical burden of varicella in Colombia: A National database Analysis, 2008-2019
56	Pescarini, 2020	Effect of a conditional cash transfer programme on leprosy treatment adherence and cure in patients from the nationwide 100 Million Brazilian Cohort: a quasi-experimental study
57	Poester, 2022	Sporotrichosis hyperendemic in Southern Brazil: Twelve years of challenges
58	Ribeiro, 2020	Impact of the tetra viral vaccine introduction on varicella morbidity and mortality in the Brazilian macro regions

No.	Autor, año	Título
59	Richards, 2015	One Hundred Years After Its Discovery in Guatemala by Rodolfo Robles, Onchocerca volvulus Transmission Has Been Eliminated from the Central Endemic Zone
60	Richards, 2016	A Knowledge, Attitudes and Practices Survey Conducted Three Years after Halting Ivermectin Mass Treatment for Onchocerciasis in Guatemala
61	Richardus, 2021	Leprosy post-exposure prophylaxis with single-dose rifampicin (LPEP): an international feasibility programme
62	Estrada-Roberto, 2021	Mycetoma and the Community Dermatology Program, Mexico
63	Romanholo, 2018	Surveillance of intradomiliary contacts of leprosy cases: perspective of the client in a hyperendemic municipality
64	Saboya, 2023	Lessons learned from the implementation of integrated serosurveillance of communicable diseases in the Americas
65	Sanchez, 2017	Clinical impact in the real life of guidelines recommendations for atopic dermatitis in a tropical population (TECCEMA cohort)
66	Scotta, 2018	Early impact of universal varicella vaccination on childhood varicella and herpes zoster hospitalizations in Brazil
67	Silva, 2022	Impact of six years of routine varicella vaccination on the disease-related hospitalizations at Minas Gerais, Brazil
68	Soares, 2023	Integrated control of neglected tropical diseases in Brazil: document review of a national campaign in light of WHO recommendations
69	deSouza, 2017	Assessment of the implementation of the Leprosy Control Program in Camaragibe, Pernambuco State, Brazil
70	Teixeira, 2025	The Minha Casa Minha Vida social housing programme and leprosy in Brazil: an analysis of the 100 Million Brazilian Cohort (2010-2015)
71	Vitiritti, 2024	Hidden leprosy in a low-endemic area in southern Brazil: changes in endemicity following an active search
72	vonWangenheim, 2019	Creating a Web Infrastructure for the Support of Clinical Protocols and Clinical Management: An Example in Teledermatology
73	Wakiyama, 2017	Initial basal cell carcinomas diagnosed in the National Campaign for Skin Cancer Prevention are smaller than those identified by the conventional medical referral system
74	Zonta, 2024	Supporting a rapid primary care response to emergent communicable disease threats with PACK (Practical Approach to Care Kit) in Florianópolis, Brazil

Lista de documentos incluidos - páginas web

No.	Autor, año	Título del documento	País/Región
1	Ministerio de Salud Argentina, 2023	Notificación de Enfermedad Febril Exantemática -EFE- (Sarampión/ Rubéola) al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS2.0)	Argentina
2	Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2024	Lineamientos Técnicos y Manual de Vacunación. Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) 2024	Argentina
3	Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2025	Lineamientos de campaña focalizada contra sarampión en contexto de brote 2025 – AMBA	Argentina
4	Ministerio de Salud Argentina, 2021	Lineamientos técnicos Introducción de la segunda dosis de vacuna contra varicela al Calendario Nacional de Inmunizaciones	Argentina
5	Congreso de la Nación Argentina, 2018	Ley 27491 Control de enfermedades prevenibles por vacunación	Argentina
6	Ministerio de Salud Argentina, 2016	Resolución 1977/2016 Incorporación vacuna VPH en varones y esquema dos dosis	Argentina
7	Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), 2018	Guía de actuación y diagnóstico de enfermedades profesionales: Dermatitis por contacto	Argentina
8	Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), Argentina, 2025	Leishmaniasis	Argentina
9	ANLIS – Ministerio de Salud Argentina, 2016	Guía de diagnóstico y tratamiento de la Fiebre Manchada por Rickettsia parkeri	Argentina
10	Ministerio de Salud Argentina, 2018	Consenso sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la lepra	Argentina
11	Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2023	Manual de procedimientos para la vigilancia y el control de las leishmaniasis en la Región de las Américas	Región de las Américas
12	Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2024	Plan de acción para fortalecer la vigilancia y el control de las leishmaniasis en las Américas 2023-2030	Región de las Américas
13	No reporta	Redes de diagnóstico	Argentina
14	Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2025	Iniciativa para la Eliminación de Enfermedades 30+. Acelerar la eliminación de enfermedades transmisibles y problemas relacionados en la Región de las Américas: Marco de seguimiento y acción	Región de las Américas

No.	Autor, año	Título del documento	País/Región
15	Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASUSS) - 2019	Normas de Diagnóstico y Tratamiento Dermatología	Bolivia
16	Ministerio de Salud y Deportes – Dirección General de Epidemiología, 2022	Guía para la vigilancia epidemiológica de la Viruela del Mono	Bolivia
17	Ministerio de Salud de Bolivia / Programa Nacional de Vigilancia y Control de la Leishmaniasis, 2015 // Dra. Gilda A. Fernández Morillas Dr. Gary A. Barrios García Dra. Grisel M. Alarcón de la Vega	Norma Nacional y Manual de Procedimientos Técnicos de Leishmaniasis	Bolivia
18	Ministerio de Salud del Perú - 2018	Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación	Perú
19	Ministerio de Educación (2025)	Protocolo de Bioseguridad para la prevención del Sarampión en instituciones educativas del Sistema Educativo Plurinacional	Bolivia
20	Ministerio da Saúde / CONITEC, 2022	Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas – Melanoma Cutâneo	Brasil
21	Ministerio da Saúde Brasil, 2022	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Lúpus Eritematoso Sistêmico	Brasil
22	Ministerio da Saúde Brasil, 2022	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Esclerose Sistêmica	Brasil
23	Ministerio da Saúde Brasil 2024	Atenção Primária Prisional – Guia Prático Dermatologia	Brasil
24	Ministerio da Saúde Brasil 2024	Guia de Vigilância em Saúde - 6a edição revisada	Brasil
25	Ministerio da Saúde Brasil 2022	Monkeypox: Orientações técnicas para a assistência à saúde	Brasil
26	Ministerio da Saúde Brasil 2017	Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar	Brasil
27	Ministerio da Saúde Brasil, 2017	Guia prático sobre a hanseníase	Brasil
28	Ministerio da Saúde Brasil 2022	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase	Brasil
29	Ministerio da Saúde Brasil 2024	Estratégia Nacional para Enfrentamento à Hanseníase 2024-2030	Brasil
30	Ministerio da Saúde Brasil 2025	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Dermite Atópica	Brasil

No.	Autor, año	Título del documento	País/Región
31	Ministerio da Saúde Brasil 2019	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hidradenite Supurativa.	Brasil
32	Ministerio da Saúde Brasil 2021	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Psoríase	Brasil
33	Ministerio de Salud de Chile - 2020	Decreto 55 Exento: Dispone vacunación obligatoria contra sarampión, rubéola y parotiditis a población que indica	Chile
34	Dr. Hugo Morales I.; revisado por Dra. Rayén Gac D.; autorizado por Dr. Francisco Acevedo T.; 2015	Protocolo de referencia y contrarreferencia de dermatología	Chile
35	Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile, 2013 (actualización de la 1ª edición de 2011).	Guía Clínica AUGÉ Lupus Eritematoso Sistémico	Chile
36	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (Chile) - 2022	Protocolo Resolución en Red General de Dermatología	Chile
37	Superintendencia de Seguridad Social Chile – s.f.	Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades - Protocolo de patologías dermatológicas Profesionales	Chile
38	Ministerio de Salud de Chile - 2021	Decreto 68 Exento: Modifica decreto que dispone vacunación obligatoria contra enfermedades inmunoprevenibles	Chile
39	Ministerio de Salud y Protección Social, 2014	Guía de Práctica Clínica con evaluación económica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: carcinoma basocelular	Colombia
40	Ministerio de Salud y Protección Social, 2014	Guía de práctica clínica con evaluación económica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: carcinoma escamocelular de piel	Colombia
41	Ministerio de Salud y Protección Social, 2014	Guía de Práctica Clínica con evaluación económica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: queratosis actínica. Para uso de profesionales de salud.	Colombia
42	Ministerio de Salud y Protección Social, 2022	CONTROL DE LA ESCABIOSIS, EN EL MARCO DEL PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DESATENDIDAS.	Colombia
43	Instituto nacional de Salud, 2024	Protocolo de vigilancia en salud pública Mpox	Colombia

No.	Autor, año	Título del documento	País/Región
44	Instituto nacional de Salud, 2024	Protocolo de vigilancia en salud pública Sarampión y Rubéola	Colombia
45	Instituto nacional de Salud, 2017	GUÍA PARA LA VIGILANCIA POR LABORATORIO DE Mycobacterium leprae	Colombia
46	Ministerio de Salud y Protección Social, 2018	LINEAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL DE LEISHMANIASIS EN COLOMBIA	Colombia
47	Instituto nacional de Salud, 2024	Protocolo de vigilancia de Leishmaniasis	Colombia
48	Instituto nacional de Salud, 2024	Protocolo de vigilancia en salud pública Lepra o enfermedad de Hansen	Colombia
49	Ministerio de Salud y Protección Social, 2023	Plan Nacional Prevención y control de la tungiasis	Colombia
50	Ministerio de salud de Costa Rica Compilado por Vinicio Piedra Quesada (Encargado de la Editorial Digital de la Imprenta Nacional) 2014	Manual de normas para el tratamiento de cáncer en Costa Rica	Costa Rica
51	Comité Central de Farmacoterapia, Gerencia Médica, Caja Costarricense de Seguro Social 2024	Lineamiento y formulario de verificación para el tratamiento farmacológico en pacientes con melanoma maligno en contexto adyuvante o metastásico.	Costa Rica
52	Dirección de Vigilancia de la Salud- Ministerio de Salud Costa Rica 2022	Lineamiento General para la Vigilancia de la Viruela Símica	Costa Rica
53	Ministerio de Salud de Costa Rica 2013	Norma Nacional de Vacunación de Costa Rica	Costa Rica
54	Ministerio de Salud de Costa Rica - 2013	Norma Nacional de Vacunación Costa Rica	Costa Rica
55	Ministerio de Salud; Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS); Centro Nacional de Referencia Viroológica (INCIENSA), 2025	Protocolo para la Vigilancia Epidemiológica del Sarampión-Rubéola	Costa Rica
56	Ministerio de Salud, C.C.S.S. (Caja Costarricense de Seguro Social), INCIENSA (Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud), OPS (Organización Panamericana de la Salud), 2022	Protocolo para la vigilancia de la Leishmaniasis en Costa Rica	Costa Rica

No.	Autor, año	Título del documento	País/Región
57	Ministerio de Salud de Costa Rica Inciensa Caja Costarricense de Seguro Social Servicio Nacional de Salud Animal 2024	Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en Humanos	Costa Rica
58	Ministerio de Salud Pública de Cuba; Olaine Regla Gray Lovio et al., 2023	Prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer de piel	Cuba
59	Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016	Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento del acné	Ecuador
60	Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013	Lupus Eritematoso Sistémico: Guía de Práctica Clínica	Ecuador
61	Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2022	Lineamientos operativos para la viruela del mono o viruela símica	Ecuador
62	Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021	Lineamientos de la campaña de vacunación y recuperación del esquema regular	Ecuador
63	Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2025	Protocolo de manejo clínico de la enfermedad de Hansen (lepra)	Ecuador
64	Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2025	Estrategia Nacional de Interrupción de la Transmisión y Eliminación de la Enfermedad de Hansen (lepra) 2025-2030.	Ecuador
65	Instituto Salvadoreño Del Seguro Social, 2019	Norma para la atención del cáncer en el ISSS	El Salvador
66	Ministerio De Salud De El Salvador, 2019	Lineamientos técnicos para el rociado en el control de enfermedades de Chagas, leishmaniasis y malaria	El Salvador
67	Ministerio De Salud De El Salvador, 2019	LINEAMIENTOS PARA LA INCLUSIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) AL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN.	El Salvador
68	Ministerio De Salud De El Salvador, 2022	Lineamientos técnicos para la detección y control de casos de viruela símica	El Salvador
69	Ministerio De Salud De El Salvador, 2022	Lineamientos técnicos para la vacunación contra la viruela símica	El Salvador

No.	Autor, año	Título del documento	País/Región
70	Ministerio De Salud De El Salvador, 2022	Lineamientos técnicos para la prevención y control de la lepra	El Salvador
71	Ministerio De Salud De El Salvador, 2024	Lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales	El Salvador
72	Ministerio De Salud De El Salvador, 2024	Lineamientos técnicos para la atención de las poblaciones clave en las clínicas de vigilancia centinela de las infecciones de transmisión sexual	El Salvador
73	Ministerio De Salud De El Salvador, 2024	Lineamientos técnicos para la prevención y control de las enfermedades inmunoprevenibles	El Salvador
74	Ministerio De Salud De El Salvador, 2024	Lineamientos técnicos para la prevención, vigilancia y control de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis	El Salvador
75	Ministerio De Salud De El Salvador, 2024	Lineamientos técnicos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en El Salvador VIGEPES	El Salvador
76	Ministerio de salud El Salvador, 2025	Lineamientos técnicos para la atención integral de la miasis causada por gusano barrenador en humanos	El Salvador
77	Ministerio de salud El Salvador, 2025	Lineamientos técnicos para vacunación segura	El Salvador
78	Ministerio de salud El Salvador, 2025	Lineamientos técnicos para la prevención y control del sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita y parotiditis	El Salvador
79	Ministerio de salud El Salvador, 2023	Norma técnica para la prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles	El Salvador
80	Ministerio de salud El Salvador	ACUERDO N ° 294.-	El Salvador
81	Ministerio de salud El Salvador, 2014	Plan nacional para la prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas	El Salvador
82	Ministerio de salud El Salvador, 2017	Plan nacional de respuesta rápida ante casos de sarampión y rubéola	El Salvador
83	Ministerio de salud El Salvador, 2024	Plan nacional para la prevención, el control y la eliminación de las enfermedades tropicales priorizadas en El Salvador 2024-2026	El Salvador

No.	Autor, año	Título del documento	País/Región
84	Congreso de la República de Guatemala - 2022	Decreto Número 6-2022: Ley de Vacunación	Guatemala
85	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) 2016	Guía de prevención y atención Integral de cáncer	Guatemala
86	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) 2019 (Edición 2018, revisión final en noviembre de 2019).	Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia (GPC-BE) No. 113 "Lupus eritematoso sistémico"	Guatemala
87	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) 2026 (Edición 2026, relaborado y aprobado 2025).	Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia (GPC-BE) No. 196 Enfermedades inmunoprevenibles: Sarampión y Rubeola	Guatemala
88	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Centro Nacional de Epidemiología, Guatemala, 2007	Protocolos de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Inmunoprevenibles	Guatemala
89	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Departamento de Epidemiología, Guatemala, 2018	Protocolos de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Vectoriales de Origen Parasitario; para este registro, corresponde a la sección 4. Leishmaniasis	Guatemala
90	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), 2018	Vigilancia Epidemiológica del Cáncer	Guatemala
91	Secretaría de Salud de Honduras (SESAL), Programa Ampliado de Inmunizaciones 2023	Manual para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación en Honduras	Honduras
92	Secretaría de Salud de Honduras, dentro del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI); 2013	Capítulo XIV. Vigilancia Epidemiológica del documento Normas y Procedimientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones	Honduras
93	Secretaría de Salud de Honduras 2024	Lineamientos para la vigilancia epidemiológica, manejo clínico y prevención de miasis por gusano barrenador en humanos	Honduras
94	Secretaría de Salud de Honduras 2022	Lineamientos para el Abordaje Clínico y Vigilancia Epidemiológica de Viruela Símica Honduras	Honduras
95	Secretaría de Salud de Honduras 2025	Lineamiento para el manejo de casos sospechosos y confirmados de Sarampión en el Primer Nivel de Atención	Honduras
96	Secretaría de Salud de Honduras , PAI 2022	Lineamientos técnicos y operativos de introducción de la Vacuna contra la Viruela Símica, Honduras	Honduras

No.	Autor, año	Título del documento	País/Región
97	Instituto Mexicano del seguro Social (IMSS), 2011	Diagnóstico y tratamiento de la queratosis Actínica	México
98	Instituto Mexicano del seguro Social (IMSS), 2012	Diagnóstico y tratamiento de Escabiosis	México
99	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 2013	Abordaje Terapéutico dermatológico ambulatorio del pénfigo vulgar en adultos	México
100	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 2013	Tratamiento farmacológico para pacientes adultos con psoriasis en placas	México
101	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 2016	Prevención primaria y detección oportuna del melanoma cutáneo en población general en el primer nivel de atención médica	México
102	CENETEC/sector salud, publicada en 2019	Diagnóstico y tratamiento del carcinoma basocelular	México
103	Secretaría de Salud de México / Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA). 2021	Manual de Vacunación	México
104	Secretaría de Salud de México (Dirección General de Epidemiología / InDRE). 2025	Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de mpox, Versión 2.0.	México
105	Secretaría de Salud de México / InDRE. 2018	Lineamientos para la Vigilancia por Laboratorio de la Enfermedades Febriles Exantemáticas.	México
106	Secretaría de Salud Subsecretaría de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional Dirección General de Epidemiología (DGE) Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos 2025	Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la leishmaniasis	México
107	Secretaría de Salud de México - Dirección general de epidemiología 2019	Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Micobacteriosis	México
108	Ministerio de Salud de Nicaragua - 2024	Norma para el Manejo Integrado de Vectores	Nicaragua
109	Ministerio de Salud (MINSA), Caja de Seguro Social (CSS), Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), 2019	Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2019-2029	Panamá

No.	Autor, año	Título del documento	País/Región
110	Ministerio de Salud de Panamá en conjunto con la Caja de Seguro Social, el Instituto Conmemorativo Gorgas y apoyo de OPS/OMS El año no se especifica	Guía para el abordaje integral de los pacientes con lepra	Panamá
111	Ministerio de Salud de Panamá (Dirección General de Salud Pública) y publicado en agosto de 2022, versión 4	Guía Nacional para la Vigilancia, Prevención, Control y Atención de la Viruela Símica	Panamá
112	Ministerio de Salud de Panamá con participación de la red nacional de epidemiología, 2018	Guía Nacional de Epidemiología	Panamá
113	Ministerio de salud de Panamá, Caja de seguro social, Dirección general de salud, Departamento de epidemiología, Programa ampliado de inmunizaciones 2012	Manual de normas y procedimientos del programa ampliado de inmunizaciones	Panamá
114	Ministerio de Salud, Dirección General de Salud Pública, Panamá; 15 de julio de 2022	Plan Nacional para la Vigilancia, Prevención, Control y Atención de la Viruela Símica	Panamá
115	Ministerio de Salud de Panamá (Minsa) en colaboración con la Caja de Seguro Social e Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, publicado en el año 2015.	Guía para el abordaje integral de la leishmaniasis en Panamá, 2015	Panamá
116	Ministerio de Salud de Panamá - 2025	Guía de Abordaje Clínico, Diagnóstico y Tratamiento de la Miasis	Panamá
117	Dirección de Planificación, Departamento de Planificación de Salud Poblacional, Ministerio de Salud de Panamá, 2021	Hacia el 2030: Enfermedades Infecciosas. Meta e Indicadores	Panamá
118	Ministerio de Salud de Panamá (Minsa), en colaboración con el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES) y la Caja de Seguro Social; 2019	Guía para el Abordaje Clínico y Epidemiológico de las Rickettsiosis en Panamá	Panamá
119	Asamblea Nacional de Panamá - 2022	Ley N° 322 de 2022: Atención integral de la psoriasis	Panamá
120	Ministerio de Salud de Panamá - 2025	Decreto Ejecutivo N° 23 de 2025: Reglamenta la Ley 322 sobre psoriasis	Panamá
121	Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) del Ministerio de Salud	Guía Nacional de Vigilancia y Control de Enfermedades	Paraguay

No.	Autor, año	Título del documento	País/Región
	Pública y Bienestar Social de Paraguay, mayo de 2022.		
122	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, a través de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS); publicada en febrero de 2021	Guía de Tratamiento Antibiótico Empírico de infecciones más frecuentes adquiridas en la comunidad	Paraguay
123	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, Programa Nacional de Control de VIH/SIDA/ITS (PRONASIDA), 2011	Guía de Profilaxis y Tratamiento de las Infecciones Oportunistas en las PVVS	Paraguay
124	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, a través de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS), 2025	Guía Nacional de Salud Pública para la Prevención y Control - Viruela Símica - Mpox.	Paraguay
125	Ministerio de salud pública y bienestar social de Paraguay 2022	Manual de Normas y Procedimientos del Programa Nacional de Control de Lepra	Paraguay
126	Ministerio de salud pública y bienestar social de Paraguay 2018	Manual de Diagnóstico y Tratamiento de las Leishmaniasis	Paraguay
127	Instituto de Medicina Tropical (IMT), dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, 2022	Guía de Manejo en Pacientes con Viruela Símica Pediátricos y Adultos del I.M.T.	Paraguay
128	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Paraguay - 2017	Normas Nacionales de Vacunación, Técnico Administrativas y de Vigilancia del Programa Nacional de Enfermedades Inmunoprevenibles (PAI)	Paraguay
129	Comisión legislativa / Congreso Paraguay - No aparece año	Proyecto de Ley: "Que crea el Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Psoriasis en Paraguay".	Paraguay
130	Ministerio de Salud Perú 2025	Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano para el Año Fiscal 2025	Perú
131	Ministerio de Salud Perú 2024	Plan de preparación y respuesta ante el riesgo de introducción y propagación del nuevo clado de viruela símica (MPOX) en el Perú	Perú
132	Ministerio de Salud Perú 2012	Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Sarampión, Rubéola y otras Enfermedades Febriles Eruptivas	Perú
133	Ministerio de Salud Perú 2022	Norma Técnica de Salud para la vigilancia epidemiológica de viruela del mono (Mpox)	Perú

No.	Autor, año	Título del documento	País/Región
134	MINSa Perú 2025	Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica de Leishmaniasis en el Perú	Perú
135	MINSa Perú 2019	Norma Técnica de Salud para la Prevención, Atención Integral y Control de la Lepra en el Perú	Perú
136	Senado de la República Dominicana - 2020	Proyecto de Ley que agrega al catálogo de enfermedades catastróficas del Seguro Familiar de Salud la Artritis Reumatoide, la Esclerosis Múltiple y el Lupus Eritematoso Sistémico	República Dominicana
137	República Dominicana, Ministerio de Salud; 2019	Protocolo Vigilancia Sarampión	República Dominicana
138	Ministerio de Salud Pública Uruguay 2025	Protocolo para la profilaxis post exposición frente al virus varicela zóster	Uruguay
139	Ministerio de Salud Pública Uruguay 2022	Guía de vigilancia 2022 Viruela símica	Uruguay
140	Ministerio de Salud Pública Uruguay 2015	Guía Nacional de Vigilancia y Control de Enfermedades y Eventos Sanitarios de Notificación Obligatoria	Uruguay

Lista de estudios excluidos - bases electrónicas

No.	Autor, año	Título	Razón de exclusión final
1	Abrahams, 2016	Resident-driven teledermatology in haiti: A symbiotic partnership in dermatologic education and health	Sin programa/pp/estrategia
2	Acurcio, 2021	Cost-minimization analysis of teledermatology versus conventional care in the Brazilian National Health System	Resultados preliminares
3	Agostoni, 2015	Control, containment and health education in the smallpox-vaccination campaigns in Mexico in the 1940s	Fecha programa
4	Alcala, 2025	Latin America Cutaneous Oncology Management (LACOM) I: The Role of Skin Care in Oncology Patients and Survivors	Sin programa/pp/estrategia
5	Ali, 2024	53884 Teledermatology in Rural Guatemala - A Pilot Study	Sin programa/pp/estrategia
6	Aranda, 2015	Economic, public health, and humanistic impact of a quadrivalent human papillomavirus (HPV6/11/16/18) vaccination program for females and males age 9-11 years in Mexico	Sin programa/pp/estrategia

No.	Autor, año	Título	Razón de exclusión final
7	Armada, 2021	Estrategias digitales de educación en salud sobre leishmaniasis	Sin programa/pp/estrategia
8	Astley, 2021	Home-based exercise program for adolescents with juvenile dermatomyositis quarantined during COVID-19 pandemic: a mixed methods study	Sin programa/pp/estrategia
9	Barrenechea, 2019	Evaluation of impact of one dose varicella vaccine on the incidence of chickenpox in Argentina	Resultados preliminares
10	Barrera, 2024	Comparison of Costs in Tele dermatology Using PC and Camera Versus Smartphone	Sin programa/pp/estrategia
11	Batista, 2019	Incremental Public Health and Economic Impact Linked to Higher Vaccine Coverage Rate in a Gender-Neutral Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccination Program in Brazil	Sin programa/pp/estrategia
12	Beldarraín, 2017	Historical overview of leprosy control in Cuba	Sin programa/pp/estrategia
13	Bernardes, 2021	Active search strategies, clinicoimmunobiological determinants and training for implementation research confirm hidden endemic leprosy in inner São Paulo, Brazil	Sin programa/pp/estrategia
14	Bobbs, 2015	Developing a low cost, mutually beneficial tele dermatology collaboration	Sin programa/pp/estrategia
15		Vigilância epidemiológica da hanseníase na atenção básica: o caso do município de Itaboraí, região metropolitana do Rio de Janeiro	Texto completo no disponible
16	Braga, 2025	Global Perspectives on HPV Vaccination: Achievements, Challenges, and Lessons from the Brazilian Experience	Sin desenlace
17	daSilva-Brandão, 2018	Nursing care to comfort people with immunobullous dermatoses: Evaluation by fuzzy logic	Sin programa/pp/estrategia
18	Brito, 2025	Artificial intelligence for the diagnosis of erythematous-squamous dermatological diseases: technological contributions to primary care	Sin programa/pp/estrategia
19	Castaneda-Rodríguez, 2024	Efficacy of a burn prevention educational program to diminish the incidence of burn injuries in the pediatric population	Tipo de población
20	Castillo, 2023	Randomized trial evaluating an mHealth intervention for the early community-based detection and follow-up of cutaneous leishmaniasis in rural Colombia	Sin programa/pp/estrategia

No.	Autor, año	Título	Razón de exclusión final
21	Castro, 2024	Effectiveness of Antileishmanial Treatments in Three Endemic Areas of Colombia: A Community-Based Cohort Study	Sin programa/pp/estrategia
22	Chouela, 2016	Psoriasis in Latin America	Sin programa/pp/estrategia
23	Cid, 2016	Teledermatología: experiencia en un centro de salud familiar urbano chileno	Sin programa/pp/estrategia
24	Cohn, 2019	Gender equity in mass drug administration for neglected tropical diseases: Data from 16 countries	Sin programa/pp/estrategia
25	Cooper, 2022	Yaws elimination in Ecuador: Findings of a serological survey of children in Esmeraldas province to evaluate interruption of transmission	Sin programa/pp/estrategia
26	Cossio, 2023	mHealth Monitoring of Treatment of Cutaneous Leishmaniasis Patients: A Community-Based Implementation Study	Sin programa/pp/estrategia
27	Cotton, 2020	Virtual Pediatric Emergency Department Telehealth Network Program: A Case Series	Tipo de población
28	Cunico, 2023	Initiatives to promote access to medicines after publication of the Brazilian Policy on the Comprehensive Care of People with Rare Diseases	Tipo de población
29	Mazzuocolo, 2021	High Impact of a National Psoriasis Telementoring Clinic on Medical Practices for Patients in Underserved Areas	Duplicado
30	Cutler, 2019	Teledermatology: Meeting the Need for Specialized Care in Rural Haiti	Sin programa/pp/estrategia
31	SouzadaCunha, 2015	Chemoprophylaxis to control leprosy and the perspective of its implementation in brazil: A primer for non-epidemiologists	Sin desenlace
32	Dabanch, 2019	Chile's National Advisory Committee on Immunization (CAVEI): Evidence-based recommendations for public policy decision-making on vaccines and immunization	Tipo de población
33	Dainton, 2017	A narrative review of dermatologic protocols for primary care medical service trips in Latin America and the Caribbean	Sin programa/pp/estrategia
34	D'Avila, 2021	Use of Health Services and Family Health Strategy Households Population Coverage in Brazil	Tipo de población
35	deCarvalho, 2021	Basic knowledge about visceral leishmaniasis before and after educational intervention among primary health care professionals in midwestern Brazil	Tipo de población

No.	Autor, año	Título	Razón de exclusión final
36	DeSouza, 2020	Leprosy Screening Based on Artificial Intelligence: Development of a Cross-Platform App	Sin programa/pp/estrategia
37	Debernardi, 2020	Tele dermatology during de covid-19 pandemic in a public hospital	Sin programa/pp/estrategia
38	Denninger, 2022	The rapid implementation of a pharmacy student vaccination program with the Department of Health to increase the delivery of intradermal monkeypox vaccinations	Tipo de población
39	LopezDiNoto, 2026	Real-world vitiligo management in Argentina: Bridging guidelines and practice	Sin programa/pp/estrategia
40	Diaz-Brochero, 2024	Epidemiological findings, estimates of the instantaneous reproduction number, and control strategies of the first Mpox outbreak in Latin America	Sin programa/pp/estrategia
41	Echeverria, 2024	Nine years of Project ECHO® Psoriasis Argentina: All teach, all learn	Resultados preliminares
42	Edward, 2025	Leprosy elimination: are we winning the fight or losing focus?	Sin programa/pp/estrategia
43	Eid, 2018	Assessment of a leishmaniasis reporting system in tropical Bolivia using the capture-recapture method	Sin programa/pp/estrategia
44	Estrada-Castañón, 2015	QuÃ© resulta de cada jornada dermatolÃ³gica en las comunidades	Sin programa/pp/estrategia
45	Ferreira, 2023	Leprosy and tuberculosis control scenario of the national program for the improvement of access and quality of primary care in Brazil	Sin programa/pp/estrategia
46	Williams-Fonseca, 2015	Project REENCONTRO: ethical aspects of genetic identification in families separated by the compulsory isolation of leprosy patients in Brazil	Sin programa/pp/estrategia
47	Fuentes-Silva, 2019	Let's talk about lupus live video chats with an expert: An interactive facebook resource for patient education about lupus	Duplicado
48	Souza, 2018	Eutanásia Canina Como Medida Profilática Para O Controle Da Leishmaniose Humana: Uma Abordagem Bioã%Tica	Tipo de población
49	Giavina-Bianchi, 2022	Tele dermatology in São Paulo, Brazil	Sin programa/pp/estrategia
50	Giavina-Bianchi, 2020	Part II: Accuracy of Tele dermatology in Skin Neoplasms	Sin programa/pp/estrategia
51	Giavina-Bianchi, 2019	The majority of skin lesions in pediatric primary care attention could be managed by Tele dermatology	Sin programa/pp/estrategia

No.	Autor, año	Título	Razón de exclusión final
52	Giavina-Bianchi, 2021	Dermatologists'™ perceptions on the utility and limitations of tele dermatology after examining 55,000 lesions	Sin programa/pp/estrategia
53	Giavina-Bianchi, 2020-2	Part I: Accuracy of Tele dermatology in Inflammatory Dermatoses	Sin programa/pp/estrategia
54	Gilca, 2018	Early use of the HPV 2-dose vaccination schedule: Leveraging evidence to support policy for accelerated impact	Sin desenlace
55	Gomez, 2022	Cost-effectiveness of Artificial Intelligence as a Decision-Support System Applied to the Detection and Grading of Melanoma, Dental Caries, and Diabetic Retinopathy	Sin programa/pp/estrategia
56	Graham, 2020	Budget impact analysis of multiple varicella vaccination strategies: a Mexico perspective	Sin programa/pp/estrategia
57	Grayson, 2021	28666 Global initiatives in dermatology and education	Sin programa/pp/estrategia
58	Greisman, 2014	Feasibility and cost of a medical student proxy-based mobile tele dermatology consult service with Kisoro, Uganda, and Lake Atitlán, Guatemala	Sin programa/pp/estrategia
59	Guevara, 2018	Elimination of onchocerciasis in Ecuador: findings of post-treatment surveillance	Sin programa/pp/estrategia
60	Henschel, 2021	Leishmaniose visceral no estado de São Paulo, Brasil: avaliação das ações de vigilância e controle no Centro-Oeste Paulista, de 1999 a 2018, registro endêmica para Leishmaniose Tegumentar	Tipo de población
61	Hernandez-Zambrano, 2021	Unexpected difference in acceptance of teleconsultation between patients with lupus and rheumatoid arthritis who underwent to a developed and implemented telemedicine innovative program after the declaration of quarantine due to the COVID-19 pandemic in Colombia	Sin programa/pp/estrategia
62	Insuasty, 2020	Sistematización del programa de Tele dermatología de la Universidad de Caldas -- departamento de Caldas, 2002-2010	Sin programa/pp/estrategia
63		Systematization Of The Tele dermatology Program At The Universidad De Caldas-Department Of Caldas, 2002-2010	Duplicado
64	Jalil, 2024	EE244 Estimating Treatment Cost Savings of Gender-Neutral Nonavalent HPV Vaccination in Mexico	Sin programa/pp/estrategia
65	Jiménez-Quñones, 2017	Impact of a pharmacist-conducted educational program on human papillomavirus vaccination rates in a low socioeconomic population in the City of Lares, Puerto Rico	Sin programa/pp/estrategia

No.	Autor, año	Título	Razón de exclusión final
66	Klarman, 2023	Development And Evaluation Of Motomeds: A Pediatric Telemedicine And Medication Delivery Service For Resource-Limited Settings	Tipo de población
67	Kolkhir, 2018	Management of chronic spontaneous urticaria: a worldwide perspective	Sin programa/pp/estrategia
68	Kramer, 2020	Oral health (dental treatment in epidermolysis bullosa)	Tipo de población
69	Krisher, 2016	Improving access to education and support for community health nurses in rural Guatemala through telehealth	Tipo de población
70	Lang, 2024	EE465 Modeling the Effects of Improving Varicella Vaccination Coverage Rates on Clinical and Economic Outcomes in Peru Over a 10-Year Time-Horizon	Sin programa/pp/estrategia
71	deCarvalho, 2024	Automated Identification of Cutaneous Leishmaniasis Lesions Using Deep-Learning-Based Artificial Intelligence	Sin programa/pp/estrategia
72	Lima, 2023	First Brazilian External Quality Assessment Program for Monkeypox Molecular Tests: Results from Two Surveys	Sin programa/pp/estrategia
73	Loescher, 2017	Implementation of Project Students Are Sun Safe (SASS) in Rural High Schools Along the Arizona-Mexico Border	Tipo de población
74	CastroLopes, 2021	Leprosy in the context of the family health strategy in an endemic scenario in maranhão: Prevalence and associated factors	Sin desenlace
75		Evaluation of the implementation of ECHO® project in atopic dermatitis in Argentina: An innovative strategy to reach underserved areas with up-to-date knowledge	Duplicado
76	Luz, 2016	Analysis of effectiveness of a surgical treatment algorithm for basal cell carcinoma	Sin programa/pp/estrategia
77	Luz, 2015	Disease surveillance and patient care in remote regions: an exploratory study of collaboration among health-care professionals in Amazonia	Sin programa/pp/estrategia
78	Macedo, 2025	Brazilian task force for the management of mucormycosis	Tipo de población
79	Mancera-Cuevas, 2016	A community-academic partnership educating hispanics/latinos as popular opinion leaders (pols) to increase awareness about lupus	No LATAM
80	Marks, 2024	A pathway for skin NTD diagnostic development	Sin desenlace

No.	Autor, año	Título	Razón de exclusión final
81	Martínez-Ripoll, 2026	The segmentation of the Argentine healthcare system in the care of patients with epidermolysis bullosa: challenges and proposals for a comprehensive model	Tipo de población
82	Maspero, 2017	Translating chronic urticarial guidelines to clinical practice: A study assessing how allergists and dermatologists apply guidelines recommendations in Argentina	Sin programa/pp/estrategia
83	Mayre, 2020	Developing evidence-based infographics for epidermolysis bullosa care in low-resource settings	Tipo de población
84	Mena, 2022	Demographics and distribution of dermatologists in Chile	Sin programa/pp/estrategia
85	Menezes, 2022	Atraso na vacina tetravalente (DTP+Hib) em crianças de 12 a 23 meses de idade: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013	Tipo de población
86	Miranda, 2016	Use of the Brazilian people's pharmacy program by older adults	Tipo de población
87	Monsanto, 2017	The implications of vaccine characteristics and private-sector vaccination on varicella	Sin desenlace
88	Montoya, 2023	Therapeutic response and safety of different treatments for cutaneous leishmaniasis in patients: A retrospective cross-sectional study	Sin programa/pp/estrategia
89	Mora, 2018	Effect of an educational intervention based on clinical simulation in the diagnosis of psoriatic arthritis in latin american dermatologists	Sin programa/pp/estrategia
90	Mota, 2015	Produção científica sobre tele dermatologia nas bases de dados Lilacs, Medline, Scielo e Dynamed	Sin desenlace
91	Munhoz, 2021	Merkel cell carcinoma in Latin America: a contribution from an expanded access program for avelumab to address issues from experts' recommendations	Sin programa/pp/estrategia
92	Navarrete, 2021	Creation of a pioneering interdisciplinary genital dermatology unit for Hispanic men: First 269 patients	Sin programa/pp/estrategia
93	Navarrete, 2022	Tele dermatology and Artificial Intelligence	Sin programa/pp/estrategia
94	Nogueira, 2021	Construction of the Care Network for Skin Lesions	Sin desenlace
95	Orengo, 2023	EPH100 Public Health Impact of Switching from a 4-Valent to a 9-Valent HPV Vaccination Program in Mexico	Sin desenlace
96	Orengo, 2025a	Real-world Impact of Quadrivalent Human papillomavirus vaccination on Genital Warts and High-	Resumen de publicacion incluida

No.	Autor, año	Título	Razón de exclusión final
		grade Cervical Intraepithelial Neoplasia Hospitalization rates in Brazil	
97	Orengo, 2025b	Assessing the Public Health Impact of Transitioning from a 4-valent to a 9-valent HPV Vaccination Program in Panama	Sin desenlace
98	Orengo, 2025c	Public Health and Economic Impact of Implementing Gender-Neutral Vaccination with the 4-Valent Human Papillomavirus Vaccine in Costa Rica	Sin desenlace
99	Ortiz, 2017	Modelling the effects of quadrivalent Human Papillomavirus (HPV) vaccination in Puerto Rico	Sin desenlace
100	Oviedo, 2021	Data management plan for a community-level study of the hidden burden of cutaneous leishmaniasis in Colombia	Sin programa/pp/estrategia
101	Palit, 2020	Prevention of transmission of leprosy: The current scenario	Sin desenlace
102		Factors Associated with the Registration and Reporting Leishmaniasis Control in Venezuela	Duplicado
103	Pedrozo, 2018	Vigilancia intensificada de eventos de salud pública en comunidades desplazadas por inundaciones en Paraguay, 2015-2016	Sin desenlace
104	Perez, 2023	Dermoscopy in Selected Latin American Countries: A Preliminary Look into Current Trends and Future Opportunities Among Dermatology Residency Programs	Sin programa/pp/estrategia
105		The cost-effectiveness of strategies to vaccinate against varicella in Mexico	Texto completo no disponible
106	Perez, 2024	Use and legislation of Glyphosate in Mexico: healthcare, healthy environment and drinking water access	Sin programa/pp/estrategia
107	Pineda, 2018	Impact of a tight control multidisciplinary rheumatology program on the quality of life of patients with autoimmune diseases in Colombia	Sin programa/pp/estrategia
108	Posso, 2024	Sunscreens as a cost-effective measure in public health and its regulatory context in Colombia	Sin programa/pp/estrategia
109	Ramos, 2020	A conditional cash transfer programme in Brazil improves leprosy treatment outcomes	Resumen de publicacion incluida
110	Rendon, 2022	EE329 Public Health and Economic Impact of a Gender-Neutral Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccination Program in El Salvador	Sin desenlace

No.	Autor, año	Título	Razón de exclusión final
111	Rendon, 2019	Public Health and Economic Impact of A Human Papillomavirus Vaccination Program for Females Aged 9 Years in El Salvador	Sin desenlace
112	ReyVelasco, 2019	PIN124 Impact of Chickenpox Vaccination in Colombia 2014-2017	Resumen de publicacion incluida
113	Ribeiro, 2024	Safety profile of miltefosine in the treatment of cutaneous leishmaniasis	Sin programa/pp/estrategia
114	Richardus, 2019	Feasibility and impact of leprosy post-exposure prophylaxis: Evidence from LPEP, a multi-country, 5-year implementation research program	Resumen de publicacion incluida
115	Ritschl, 2019	The need for personalized, non-pharmacological intervention programmes in autoimmune connective tissue disorders: Results of a EULAR-Funded Scoping Review with a Nested, Descriptive Meta-Analysis	No poblacional
116	Rocha, 2022	Impact of vector control actions in the abundance of Lutzomyia longipalpis in Montes Claros, Brazil	Tipo de población
117	VenegasRodriguez, 2020	Papillomavirus vaccine in Peru	Sin desenlace
118	Rodriguez, 2023	Leprosy Reactions: Experience in the Puerto Rico Hansen's Disease Population	Sin programa/pp/estrategia
119	Roldos, 2015	Cost-effectiveness of quadrivalent human papilloma virus (HPV6/11/16/18) vaccination in Ecuador	Sin desenlace
120	RomeroPalmera, 2016	Factores asociados al registro y notificaciÃ³n de casos de leishmaniasis para el control en Venezuela	Sin desenlace
121	RuizFuentes, 2019	Leprosy in children: A Cuban experience on leprosy control	Sin desenlace
122	Sacramento, 2019	Chronicle of a consolidated success: smallpox eradication policies in Brazil (1962-1973)	Fecha programa
123	Saenz, 2018b	Skinhealth, a mobile application for supporting tele dermatology: A case study in a rural area in Colombia	Sin desenlace
124	Saenz, 2018	On Using a Mobile Application to Support Tele dermatology: A Case Study in an Underprivileged Area in Colombia	Sin desenlace
125	Salvador, 2025	Telemedicine in the clinical care of Chagas disease and American cutaneous leishmaniasis: pilot study in a public referral hospital in Brazil	No poblacional
126	Salvador, 2025b	Telemedicine in the clinical care of neglected tropical diseases: A scoping review	Sin programa/pp/estrategia

No.	Autor, año	Título	Razón de exclusión final
127	Sanchez, 2023	Healthcare Disparities in Atopic Dermatitis in Latin America: A Narrative Review	Sin programa/pp/estrategia
128	Sanchez, 2020	Colombian Contributions Fighting Leishmaniasis: A Systematic Review on Antileishmanials Combined with Chemoinformatics Analysis	Sin programa/pp/estrategia
129	Sangers, 2024	Position statement of the EADV Artificial Intelligence (AI) Task Force on AI-assisted smartphone apps and web-based services for skin disease	Sin programa/pp/estrategia
130	Santana, 2025	Economic Evaluations and Equity in the Use of Artificial Intelligence in Imaging Examinations for Medical Diagnosis in People With Dermatological, Neurological, and Pulmonary Diseases: Systematic Review	Sin programa/pp/estrategia
131	Santos, 2018	Vacina pública contra o papilomavirus humano no Brasil	Sin desenlace
132	Sepulveda, 2025	AI-Powered Fast Screening for Neoplastic Diseases in the Chilean Population	Sin programa/pp/estrategia
133	Silva, 2023	Occurrence of Tungiasis in Ceará State, Northeast Brazil: Results of a Rapid Assessment Method	Sin programa/pp/estrategia
134	Silva, 2024	Human scabies and sarcoptic mange in northeast Brazil: Results from a rapid assessment method covering an entire state	Sin programa/pp/estrategia
135	Silveira, 2016	Importance of the patient's clinical questionnaire for the diagnosis of skin cancer through tele dermatology in remote areas of Brazil	Sin programa/pp/estrategia
136	Silveira, 2019	Analysis of a decade of skin cancer prevention using a mobile unit in Brazil	Sin desenlace
137	Smith, 2015	Use of approximate Bayesian computation to assess and fit models of mycobacterium leprae to predict outcomes of the brazilian control program	Sin programa/pp/estrategia
138	Vieira-deSouza, 2015	Health education in South America regarding leishmaniasis: a systematic review	Sin programa/pp/estrategia
139	Sousa, 2021	ICNP® nursing diagnostics for people in-home care	Sin programa/pp/estrategia
140	Steinmann, 2018	The Leprosy Post-Exposure Prophylaxis (LPEP) programme: Update and interim analysis	Resultados preliminares
141	Tamburus, 2025	Diagnostic concordance challenges in dermatology: an internal analysis	Sin programa/pp/estrategia

No.	Autor, año	Título	Razón de exclusión final
142	Tejada, 2022	Cost-effectiveness of human papillomavirus vaccination in girls living in Latin American countries: A systematic review and meta-analysis	Sin desenlace
143	Tipan, 2026	Impact of the teledermatology pilot program at Hospital General Docente CalderÃn in Ecuador	No poblacional
144	Torres, 2018	The benefits and costs of different scenarios for varicella vaccination in Chile	Sin desenlace
145	Tropez, 2017	The Psychological Impact of First Burn Camp in Nicaragua	Tipo de población
146	Valipour, 2020	Interventions for mycosis fungoides	Sin programa/pp/estrategia
147		Persistence of trypanosoma cruzi DNA copies by quantitative real time PCR 12 months after treatment with benznidazole among children aged 4-15 years old in Bolivia	Texto completo no disponible
148	Velazquez, 2021	Genodermatoses in Las Tunas Province, Cuba, 1989-2019	Tipo de población
149	Vlassoff, 2023	Ensuring access to essential health products: Lessons from Colombia's leishmaniasis control and elimination initiative	Sin desenlace
150	Williams, 2020	14234 Skin cancer and dermoscopy training for primary care physicians in Colombia: Effect on skin cancer diagnosis	No poblacional
151	Wolfson, 2019	Varicella healthcare resource utilization in middle income countries: a pooled analysis of the multi-country MARVEL study in Latin America & Europe	Sin programa/pp/estrategia
152	Yarak, 2017	A Teledermatologia na Prática Médica	Sin programa/pp/estrategia
153	Zoni, 2019	Epidemiological situation of yaws in the Americas: A systematic review in the context of a regional elimination goal	Tipo de población

Anexo 5. Valoración riesgo de sesgo

Lista de chequeo del JBI - Estudios de prevalencia

Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Valoración global	Justificación/Comentarios
Grana 2025	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No aplica	7/8	No se reportaron las características sociodemográficas de los participantes del programa
Mauro 2019	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	No aplica	6/8	No se reportaron las características de los participantes, la información proviene del sistema de vigilancia, se reconocieron posibles limitaciones por subregistro particularmente en eventos adversos leves y algunos registros perdidos.
Medeiros 2024	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No aplica	7/8	No se describen las características de los participantes, no es claro si hubo limitaciones en la disponibilidad de información que haya definido la determinación de los registros incluidos
Richards 2016	No	Sí	Sí	No	No claro	No aplica	Sí	Sí	Sí	5/8	El marco muestral no representa necesariamente toda la población del área endémica. Los autores reconocen sesgo hacia mayor conocimiento por ser comunidades centinela, estas poblaciones tuvieron mucho más contacto con las brigadas del MSPAS que otras comunidades de la Zona Endémica Central. No se reportaron detalles de las características de los participantes.
Richardus 2021	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	9/9	
Romanholo 2018	Sí	No claro	No claro	No	Sí	Sí	No claro	Sí	No	4/9	El reclutamiento dependió de la autorización del caso índice, localización y aceptación de participación. No se reportaron las características sociodemográficas de los participantes. Se realizó

Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Valoración global	Justificación/Comentarios
											una entrevista con instrumento estandarizado. La medición se realizó a través de autoreporte, existe posible riesgo de memoria
Vitiritti 2024	Sí	Sí	No aplica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No aplica	7/7	
Franca 2023	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No aplica	8/8	
Gentile 2022	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No aplica	6/8	La muestra proviene de un hospital pediátrico, lo que puede limitar la representatividad poblacional general, y además no se describe
	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No claro	Sí	7/8	No se identifica claramente el plan de análisis reportado
Ítems 1 ¿Fue el marco muestral apropiado para abordar la población objetivo? 2 ¿Los participantes del estudio fueron muestreados de manera apropiada? 3 ¿El tamaño de la muestra fue adecuado? 4 ¿Los sujetos del estudio y el entorno fueron descritos en detalle? 5 ¿El análisis de los datos se realizó con una cobertura suficiente de la muestra identificada? 6 ¿Se utilizaron métodos válidos para la identificación de la condición? 7 ¿La condición se midió de manera estándar y confiable para todos los participantes? 8 ¿Se utilizó un análisis estadístico apropiado? 9 ¿La tasa de respuesta fue adecuada y, si no lo fue, se manejó apropiadamente la baja tasa de respuesta? Falleiros-Arlant 2017, Poester 2022 y Pujadas-Ferrer 2023 corresponden a publicaciones en formato resumen, por lo que no se cuenta con información suficiente para realizar la evaluación.											

Lista de chequeo del JBI - Estudios transversales

Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	Valoración global	Justificación/Comentarios
Beltrán 2016	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	6/8	Control limitado de confusión; algunas categorías clínicas pequeñas (por ejemplo, no adherentes).
Mazzuocolo 2020	Sí	No claro	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	5/8	Falta de control de confusión; descripción ausente de sujetos
de Oliveira 2021	No claro	No claro	Sí	No claro	No	No	No claro	Sí	2/8	Falta de operacionalización de variables, ausencia de control de confusión, predominio narrativo/descriptivo

Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	Valoración global	Justificación/Comentarios
Fuenzalida 2025	Sí	No claro	No claro	No claro	No	No	No claro	No claro	1/8	Falta de control de confusión; medición poco detallada de variables
Gatica 2023	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No claro	No	4/8	No identificación ni control de confusión, falta de validación formal de los indicadores de calidad
Gatica 2015	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No claro	No claro	3/8	Falta de definición metodológica rigurosa y ausencia de control de confusión. Predominio de análisis descriptivo
González-Coloma 2019	Sí	No claro	Sí	Sí	No aplica	No aplica	Sí	Sí	5/6	No se reportaron las características sociodemográficas de los participantes, posible limitación de los registros disponibles.
Luna 2022	Sí	Sí	No claro	No aplica	No aplica	No aplica	Sí	No claro	3/5	Se menciona que se realizó la encuesta entre los participantes del proyecto, pero no es claro si el número de personas que respondió la encuesta corresponde con el total de participantes. No se describe en detalle las medidas descriptivas utilizadas. Instrumento no validado (encuesta)
Manubens 2023	Sí	Sí	No claro	No aplica	No aplica	No aplica	Sí	No claro	3/5	La proporción de respuesta se consideró insuficiente (32,7%). Instrumento no validado (encuesta). No se describe en detalle las medidas descriptivas utilizadas.
Mazzuoccolo 2019	Sí	No claro	No claro	No aplica	No aplica	No aplica	Sí	Sí	3/5	La proporción de respuesta se consideró insuficiente (63,7%). Instrumento no validado (encuesta), no se describen las características de los participantes
Messagier 2019	Sí	No	Sí	No aplica	No aplica	No aplica	Sí	No claro	3/5	Se estudiaron todos los casos de dermatología recibidos en el periodo de estudio. Los datos fueron recopilados manualmente por un residente del departamento de dermatología en un archivo de Excel a partir de las solicitudes de dermatología.

Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	Valoración global	Justificación/Comentarios
										La características de los participantes descritas pueden ser limitadas para considerar su aplicabilidad. "El sistema no se diseñó para extraer datos fácilmente, lo que dificultó el estudio detallado de todos los indicadores del MAST."
Nunes 2025	Sí	Sí	Sí	No aplica	No aplica	No aplica	Sí	Sí	5/5	Se reconocieron posibles limitaciones en cuanto a que las notificaciones no se completaron adecuadamente
Wakiyama 2017	Sí	No claro	Sí	Sí	No claro	No claro	Sí	Sí	5/8	Se describen algunas características de los participantes. Posibles imprecisiones retrospectivas en medición (reconocido por autores). No se especifican la identificación de factores de confusión
von Wangenheim 2019	Sí	No claro	Sí	No aplica	No aplica	No aplica	Sí	No claro	3/5	No se reportaron las características de los participantes ni se describe explícitamente plan de análisis
Ítems 1 ¿Se definieron claramente los criterios de inclusión en la muestra? 2 ¿Se describieron en detalle los sujetos y el contexto del estudio? 3 ¿La exposición fue medida de manera válida y confiable? 4 ¿Se utilizaron criterios objetivos y estándar para medir la condición (desenlace)? 5 ¿Se identificaron los factores de confusión? 6 ¿Se establecieron estrategias para manejar los factores de confusión? 7 ¿Los resultados fueron medidos de manera válida y confiable? 8 ¿Se utilizó un análisis estadístico apropiado?										

JBI Estudios cuasiexperimentales

Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Valoración global
Giglio 2022	Sí	Sí	Sí	No claro	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
Barrenechea 2025	Sí	No	No claro	No Claro	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	7/10
de Andrade 2018	Sí	Sí	Sí	No Claro	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
Bierrenbach 2025	Si	No	No claro	No Claro	Si	No claro	Si	Si	Si	7/10

Abreu e Silva 2022	Si	No	Si	No claro	Si	Si	Si	Si	Si	7/9
Miranda 2023	Si	No	Si	No Claro	Si	Si	Si	Si	Si	7/9
Pawaskar 2022	Si	No	Si	No Claro	Si	Si	Si	Si	Si	7/9
Ribeiro 2020	Si	No	Si	No Claro	Si	Si	Si	Si	Si	7/9
Scotta 2018	Si	No	Si	No Claro	Si	Si	Si	Si	Si	7/9
Rodrigues-Barbieri 2016	Si	No	No Claro	No Claro	Si	Si	Si	Si	Si	6/9
Criado 2023	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	8/9
de Abreu 2020	Si	No	Si	No claro	Si	Si	Si	Si	Si	7/9
Gentile 2021	Si	No	Si	No claro	Si	Si	Si	Si	Si	7/9

Ítems:

1. ¿Está claro qué es la “causa” y qué es el “efecto”?
2. ¿Había grupo control?
3. ¿Los participantes incluidos en comparaciones eran similares?
4. ¿Los participantes recibieron tratamientos/cuidados similares aparte de la intervención?
5. ¿Hubo múltiples mediciones del desenlace antes y después de la intervención?
6. ¿Los desenlaces se midieron igual en todos los grupos?
7. ¿Los desenlaces se midieron de manera confiable?
8. ¿El seguimiento fue completo y adecuadamente descrito?
9. ¿Se utilizó análisis estadístico apropiado?

Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Valoración global
Giglio 2022	Sí	Sí	Sí	No claro	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
Barrenechea 2025	Sí	No	No claro	No Claro	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	7/10
de Andrade 2018	Sí	Sí	Sí	No Claro	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
Bierrenbach 2025	Si	No	No claro	No Claro	Si	No claro	Si	Si	Si	7/10
Abreu e Silva 2022	Si	No	Si	No claro	Si	Si	Si	Si	Si	7/9
Miranda 2023	Si	No	Si	No Claro	Si	Si	Si	Si	Si	7/9
Pawaskar 2022	Si	No	Si	No Claro	Si	Si	Si	Si	Si	7/9
Ribeiro 2020	Si	No	Si	No Claro	Si	Si	Si	Si	Si	7/9
Scotta 2018	Si	No	Si	No Claro	Si	Si	Si	Si	Si	7/9
Rodrigues-Barbieri 2016	Si	No	No Claro	No Claro	Si	Si	Si	Si	Si	6/9
Criado 2023	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	8/9
de Abreu 2020	Si	No	Si	No claro	Si	Si	Si	Si	Si	7/9

Sede principal: Avenida 1ra No. 13A-61
Teléfono: (601) 9145360
Sede Chapinero: Carrera 14A # 58A-29
Sede Administrativa: Avenida Caracas No. 1 Sur 85
Teléfono: (601) 9145361
Call Center: (601) 5953130
Email: correspondencia@dermatologia.gov.co
Código Postal: 111511
www.dermatologia.gov.co

Gentile 2021	Si	No	Si	No claro	Si	Si	Si	Si	Si	7/9
Ítems: 1. ¿Está claro qué es la “causa” y qué es el “efecto”? 2. ¿Había grupo control? 3. ¿Los participantes incluidos en comparaciones eran similares? 4. ¿Los participantes recibieron tratamientos/cuidados similares aparte de la intervención? 5. ¿Hubo múltiples mediciones del desenlace antes y después de la intervención? 6. ¿Los desenlaces se midieron igual en todos los grupos? 7. ¿Los desenlaces se midieron de manera confiable? 8. ¿El seguimiento fue completo y adecuadamente descrito? 9. ¿Se utilizó análisis estadístico apropiado?										

Lista de chequeo del JBI - Cohortes

Ítems*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Valora ción global	Justificación/Co mentarios
Lages 2025	No apli ca	Sí	Sí	No cla ro	No cla ro	No apli ca	S í	Sí	No apli ca	No apli ca	Sí	5/7	El análisis se realiza a nivel agregado utilizando datos secundarios poblacionales. No es claro cómo se controla la confusión
Mach ado 2022	No apli ca	Sí	Sí	Sí	Sí	No apli ca	S í	No cla ro	No apli ca	No apli ca	Sí	6/7	El análisis se realiza a nivel agregado utilizando datos secundarios poblacionales. El periodo de seguimiento (2016–2018) puede ser limitado para algunos desenlaces (p. ej. para cambios espaciales)
Pesca rini 2020	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	S í	Sí	No	No apli ca	Sí	9/10	Se utilizó propensity score. Solo se incluyeron registros con la

Ítems*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Valora ción global	Justificación/Co mentarios
													información completa de desenlaces
Richards 2015	No aplica	Sí	Sí	No claro	No claro	No aplica	Sí	Sí	No aplica	No aplica	No claro	4/7	El análisis se realiza a nivel agregado utilizando datos secundarios poblacionales. No es claro cómo se controla la confusión ni el uso de modelos para inferencia
Sánchez 2017	Sí	No aplica	Sí	No	No claro	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	6/10	Se realizó análisis multivariado, pero no se especifican variables para control de confusión. Se reportaron las razones de pérdidas al seguimiento
de Melo 2024	Sí	Sí	No claro	Sí	Sí	No claro	Sí	Sí	No Claro	No aplica	Sí	7/10	Control limitado de confusión, definición heterogénea de "implementación de política", comparabilidad imperfecta entre estados.
Teixeira 2025	Sí	Sí	No claro	Sí	Sí	No claro	Sí	Sí	Sí	No aplica	Sí	8/10	De acuerdo con la información disponible y limitaciones reconocidas por los autores: se utiliza variable proxy para determinar el inicio de exposición, la información no permite garantizar

Ítems*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Valora ción global	Justificación/Co mentarios
													que todos los miembros del hogar hayan estado expuestos. EL periodo de incubación es variable, el momento del diagnóstico no corresponde necesariamente al momento de la transmisión o infección.
Ítems 1 ¿Fueron los dos grupos similares y reclutados de la misma población? 2 ¿Las exposiciones se midieron de manera similar para asignar a las personas a los grupos expuestos y no expuestos? 3 ¿La exposición se midió de una manera válida y confiable? 4 ¿Se identificaron los factores de confusión? 5 ¿Se indicaron estrategias para tratar los factores de confusión? 6 ¿Los grupos/participantes estaban libres del resultado al inicio del estudio (o en el momento de la exposición)? 7 ¿Los resultados se midieron de una manera válida y confiable? 8 ¿Se informó el tiempo de seguimiento y fue lo suficientemente largo para que ocurrieran los resultados? 9 ¿El seguimiento fue completo y, si no, se describieron y exploraron las razones de las pérdidas durante el seguimiento? 10 ¿Se utilizaron estrategias para abordar el seguimiento incompleto? 11 ¿Se utilizó un análisis estadístico apropiado?													

Lista de chequeo del JBI – Cualitativos

Ítem*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Valoración global	Justificación/Comentarios
Martos-Casado 2022	No claro	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No claro	Sí	Sí	Sí	7/10	No se identifica claramente el marco teórico o filosófico. No se ubica la descripción de creencias, valores del investigador o su influencia en la investigación, limitando el análisis de reflexividad
Mendizábal 2021	No claro	Sí	Sí	Sí	Sí	No claro	Sí	Sí	Sí	Sí	8/10	No se identifica claramente el marco teórico o filosófico. No se explicita la posición teórica del equipo investigador. Los datos recopilados a través de grupos focales y entrevistas se complementaron con revisión documental. Los resultados fueron validados en reuniones separadas por proveedores y representantes de comunidades.
Morice 2023	No claro	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No claro	No	No claro	Sí	5/10	No se identifica claramente el marco teórico o filosófico. No se ubica la descripción de creencias, valores del investigador o su influencia en la investigación, limitando el análisis de reflexividad. No se identifican citas textuales o información base. No se identifica aprobación por comité de ética; sin embargo, se refiere consentimiento verbal de los informantes.
do Nascimento 2024	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No claro	No claro	No claro	5/10	No se identifica claramente el marco teórico o filosófico. No se identifican citas textuales o información base. No es claro la aprobación ética, la representación de representados ni si las conclusiones se derivan del análisis
1. ¿Existe congruencia entre la perspectiva filosófica declarada y la metodología de investigación? 2. ¿Existe congruencia entre la metodología de investigación y la pregunta u objetivos de investigación? 3. ¿Existe congruencia entre la metodología de investigación y los métodos utilizados para la recolección de datos? 4. ¿Existe congruencia entre la metodología de investigación y la representación y el análisis de los datos? 5. ¿Existe congruencia entre la metodología de investigación y la interpretación de los resultados? 6. ¿Existe una declaración que ubique al investigador cultural o teóricamente? 7. ¿Se aborda la influencia del investigador sobre la investigación y viceversa? 8. ¿Los participantes y sus voces están adecuadamente representados?												

Ítem*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Valoración global	Justificación/Comentarios
9.												¿La investigación es ética según los criterios actuales y existe evidencia de aprobación ética por un organismo apropiado?
10.												¿Las conclusiones del informe de investigación se derivan del análisis o la interpretación de los datos?

ROBIS: Revisiones sistemáticas de literatura

Autor/Año	Ahmed 2022	Falleiros-Arlant 2019
Dominio 1: Criterios de elegibilidad	Bajo	Bajo
Dominio 2: Identificación y selección	Bajo	Bajo
Dominio 3: Recolección de datos y evaluación	Bajo	Alto
Dominio 4: Síntesis y hallazgos	Bajo	Bajo
Riesgo global	Bajo	Bajo
Comentarios	Ninguno	Ninguno

CHEERS – Evaluaciones económicas

Ítem	Sección	Descripción	Abi-Saab2021	da Costa 2024	Giglio 2023
1	Título	Identificar el estudio como evaluación económica y describir las intervenciones comparadas	Cumple	Cumple	Cumple
2	Resumen	Resumen estructurado con contexto, métodos, resultados y conclusiones	Cumple	Cumple	Cumple
3	Introducción	Antecedentes, contexto del estudio y objetivos	Cumple	Cumple	Cumple
4	Plan de análisis	Plan de análisis de salud económica y enfoque	Cumple	Cumple	Cumple
5	Población	Características de la población objetivo y subgrupos	Cumple	No cumple	No cumple
6	Contexto	Entorno y localización relevantes para la decisión	Cumple	Cumple	Cumple
7	Comparadores	Intervenciones o estrategias comparadas	Cumple	Cumple	Cumple
8	Perspectiva	Perspectiva analítica adoptada	Cumple	Cumple	Cumple
9	Horizonte temporal	Periodo sobre el cual se evalúan costos y resultados	Cumple	Cumple	Cumple
10	Tasa de descuento	Tasas aplicadas a costos y desenlaces	No cumple	Cumple	Cumple
11	Selección de resultados	Resultados de salud incluidos	Cumple	Cumple	Cumple

Ítem	Sección	Descripción	Abi-Saab2021	da Costa 2024	Giglio 2023
12	Medición de resultados	Cómo se midieron/estimaron los resultados	Cumple	Cumple	Cumple
13	Valoración de resultados	Métodos para valorar preferencias o utilidades	No aplica	No aplica	No aplica
14	Medición de recursos y costos	Recursos utilizados y costos unitarios	Cumple	Cumple	No cumple
15	Moneda y fecha	Moneda, año base y ajustes por inflación/conversión	Cumple	Cumple	No cumple
16	Modelo	Tipo de modelo utilizado y justificación	No cumple	Cumple	No cumple
17	Supuestos analíticos	Supuestos estructurales y simplificaciones	No cumple	Cumple	No cumple
18	Heterogeneidad	Análisis por subgrupos o variabilidad	No cumple	Cumple	No cumple
19	Distribución	Impacto distributivo/equidad si aplica	No cumple	Cumple	Cumple
20	Incertidumbre	Análisis de sensibilidad e incertidumbre	No cumple	Cumple	No cumple
21	Participación de pacientes	Involucramiento de pacientes o stakeholders	No cumple	No cumple	No cumple
22	Parámetros de entrada	Valores, fuentes y rangos de parámetros	No cumple	Cumple	Cumple
23	Resultados principales	Costos, efectos y razones incrementales	No cumple	Cumple	Cumple
24	Efecto de la incertidumbre	Resultados de sensibilidad	No cumple	Cumple	No cumple
25	Efecto de la heterogeneidad	Resultados por subgrupos	No cumple	Cumple	No cumple
26	Discusión	Hallazgos, limitaciones y relevancia	Cumple	Cumple	No cumple
27	Fuente de financiación	Financiación y rol del patrocinador	Cumple	Cumple	No cumple
28	Conflictos de interés	Declaración de conflictos	Cumple	Cumple	No cumple
Porcentaje de cumplimiento			59,30%	92,60%	51,90%