

## Implementación del enfoque Una Sola Salud en contextos urbanos de América Latina: una revisión sistemática

Implementation of the One Health approach in urban contexts in Latin America: a systematic review

Implementação da abordagem Uma Saúde em contextos urbanos na América Latina: uma revisão sistemática

Juan Carlos Lázaro-Guillermo\*<sup>I</sup>, Milton Ricardo Calderon-Pizango<sup>II</sup>, Luis Alvin Garzón López<sup>III</sup>, Rusvelth Paima-Paredes<sup>IV</sup>

<sup>I</sup> Universidad Nacional Intercultural de la Amazonia. Perú.

<sup>II</sup> Universidad Privada del Norte. Perú.

<sup>III</sup> Universidad Autónoma de Guerrero. México.

<sup>IV</sup> Universidad Nacional de Ucayali. Perú.

\*Autor para la correspondencia: [jlazarog@unia.edu.pe](mailto:jlazarog@unia.edu.pe)

Recibido: 27-01-2026 Aprobado: 15-05-2026 Publicado: 21-05-2026

### RESUMEN

**Introducción:** el enfoque Una Sola Salud integra la salud humana, animal y ecosistémica, resultando clave para abordar problemas sanitarios complejos en entornos urbanos. América Latina, urbanizada y desigual, enfrenta desafíos particulares, pero la evidencia sobre su implementación efectiva en ciudades es dispersa. **Objetivo:** analizar la evidencia científica publicada entre 2015 y 2025 sobre la implementación del enfoque Una Sola Salud en contextos urbanos de América Latina, identificando características, alcances y limitaciones. **Método:** revisión sistemática descriptiva según PRISMA 2020. Se buscó en Scopus, Web of Science, PubMed y SciELO (enero 2015 – diciembre 2025). Se incluyeron estudios empíricos primarios que abordaran al menos dos componentes de Una Sola Salud en entornos urbanos latinoamericanos. Calidad metodológica evaluada con MMAT. Clasificación: Tipo A (implementación directa) y Tipo B (alineamiento conceptual). **Resultados:**

se incluyeron 8 estudios. Solo tres (37,5 %) fueron Tipo A; cinco (62,5 %), Tipo B. La evidencia se concentró en Brasil, Colombia y Perú. Salud humana y animal fueron más abordadas que la ambiental. Predominaron diseños observacionales y cualitativos; no hubo cohortes ni ensayos controlados. La integración simultánea de los tres componentes fue limitada. Las principales barreras fueron fragmentación institucional y débil gobernanza intersectorial. La calidad metodológica fue moderada en cinco estudios, baja en dos y alta en uno. **Conclusiones:** la implementación de Una Sola Salud en ciudades latinoamericanas es incipiente, fragmentada y predominantemente conceptual. El componente ambiental es el menos integrado. Se requieren estudios longitudinales, diseños evaluativos robustos y marcos de gobernanza que formalicen la colaboración intersectorial.

**Palabras clave:** Una Sola Salud; salud urbana; América Latina; revisión sistemática

**ABSTRACT**

**Introduction:** One Health approach integrates human, animal, and ecosystem health, making it essential for addressing complex health problems in urban settings. Latin America is highly urbanized and unequal, facing particular challenges; however, evidence on its effective implementation in cities remains scattered.

**Objective:** to analyze the scientific evidence published between 2015 and 2025 on the implementation of the One Health approach in urban contexts in Latin America, identifying characteristics, scope, and limitations. **Method:** a descriptive systematic review following PRISMA 2020 guidelines. Searches were conducted in Scopus, Web of Science, PubMed, and SciELO (January 2015 – December 2025). Primary empirical studies addressing  $\geq 2$  One Health components in Latin American urban settings were included. Methodological quality was assessed using the MMAT tool. Studies were classified as Type A (direct implementation) and Type B (conceptual alignment). **Results:** were included eight studies. Only three (37.5%) were Type A; five (62.5%) were Type B. Evidence was concentrated in Brazil, Colombia, and Peru. Human and animal health components were more frequently addressed than the environmental component. Observational and qualitative designs predominated; no cohorts or controlled trials were found. Simultaneous integration of all three components was limited. Main barriers included institutional fragmentation and weak intersectoral governance. Methodological quality was moderate in five studies, low in two, and high in one. **Conclusions:** the implementation of One Health in Latin American cities is incipient, fragmented, and predominantly conceptual. The environmental component remains the least integrated. Longitudinal studies, robust evaluative designs, and governance frameworks that formalize intersectoral collaboration are needed.

**Keywords:** One Health; urban health; Latin America; systematic review

**RESUMO**

**Introdução:** a abordagem Saúde Única integra a saúde humana, animal e ecossistêmica, sendo fundamental para enfrentar problemas sanitários complexos em ambientes urbanos. A América Latina é altamente urbanizada e desigual, enfrentando desafios particulares, mas as evidências sobre sua implementação efetiva em cidades são dispersas.

**Objetivo:** analisar a evidência científica publicada entre 2015 e 2025 sobre a implementação da abordagem Saúde Única em contextos urbanos na América Latina, identificando características, alcances e limitações. **Método:** revisão sistemática descritiva segundo PRISMA 2020. Buscas realizadas nas bases Scopus, Web of Science, PubMed e SciELO (janeiro de 2015 – dezembro de 2025). Incluíram-se estudos empíricos primários que abordassem  $\geq 2$  componentes do Saúde Única em ambientes urbanos latino-americanos. A qualidade metodológica foi avaliada com a ferramenta MMAT. Classificação: Tipo A (implementação direta) e Tipo B (alinhamento conceitual). **Resultados:** foram incluídos oito estudos. Apenas três (37,5%) foram Tipo A; cinco (62,5%) foram Tipo B. As evidências concentraram-se no Brasil, Colômbia e Peru. Os componentes saúde humana e animal foram mais abordados do que o ambiental. Prevaleram desenhos observacionais e qualitativos; não foram encontradas coortes ou ensaios controlados. A integração simultânea dos três componentes foi limitada. As principais barreiras incluíram fragmentação institucional e governança intersectorial frágil. A qualidade metodológica foi moderada em cinco estudos, baixa em dois e alta em um. **Conclusões:** a implementação do Saúde Única em cidades latino-americanas (2015-2025) é incipiente, fragmentada e predominantemente conceitual. O componente ambiental é o menos integrado. São necessários estudos longitudinais, desenhos avaliativos robustos e marcos de governança que formalizem a colaboração intersectorial.

**Palavras-chave:** Saúde Única; saúde urbana; América Latina; revisão sistemática

**Cómo citar este artículo:**

Lázaro-Guillermo JC, Calderon-Pizango MR, Garzón López LA, Paima-Paredes R. Implementación del enfoque One Health en contextos urbanos de América Latina: una revisión sistemática. Rev Inf Cient [Internet]. 2026 [citado Fecha de acceso]; 105:e5156. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/5156>



## INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, el enfoque Una Sola Salud se ha ido consolidando como un marco integrador para comprender y abordar de manera conjunta la salud humana, animal y la de los ecosistemas. La idea de fondo es que estos componentes no funcionan de forma aislada, sino que se relacionan de manera dinámica e interdependiente.

La literatura especializada ha documentado de manera consistente esta perspectiva, señalando que organismos como la Organización Mundial de la Salud, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y la Organización Mundial de Sanidad Animal promueven activamente este enfoque.<sup>(1,2)</sup> En consecuencia, los problemas sanitarios actuales, multidimensionales, globales, complejos, no se resuelven con enfoques sectoriales. Se necesita colaboración entre disciplinas, entre instituciones, entre niveles de intervención.

En la literatura reciente, Una Sola Salud aparece muy asociado a zoonosis emergentes (enfermedades que saltan de animales a personas), a la resistencia antimicrobiana y a cómo la degradación ambiental afecta la salud.<sup>(3,4)</sup> Pero varios autores advierten que su uso no ha sido homogéneo<sup>(3)</sup> con el resultado de ambigüedad conceptual. En algunos casos, incluso se ha diluido su alcance analítico.

Cabe señalar que hace falta precisar no solo su definición, sino también las condiciones bajo las cuales se implementa en contextos específicos. Más allá de su dimensión conceptual, el valor del enfoque está en poder operacionalizarlo en escenarios reales. Esto implica mecanismos de coordinación intersectorial, vigilancia integrada y evaluación conjunta de riesgos, tal como se propone en guías internacionales de implementación.<sup>(2)</sup>

En América Latina, este enfoque cobra una relevancia especial porque dialoga con experiencias históricas de cooperación comunitaria e interinstitucional ya desarrolladas en varios países de la región. Lejos de ser una noción importada desde fuera, Una Sola Salud se inserta en tradiciones de acción colectiva que existen en Brasil, Chile y Colombia. En estos contextos, la interacción entre actores sociales, académicos y gubernamentales ha sido clave para enfrentar problemas sanitarios en entornos muy vulnerables.<sup>(5)</sup> Esto sugiere que la implementación de enfoques integradores no parte de cero, sino que se apoya en capacidades locales que pueden favorecer su adopción y adaptación.

Esta base conceptual y experiencial es especialmente relevante en los entornos urbanos porque allí la convergencia de factores sociales, ambientales y biológicos se hace más evidente. América Latina es una de las regiones más urbanizadas del mundo, más del 80 % de su población vive en ciudades.<sup>(6)</sup> Esta urbanización ha sido en muchos casos acelerada y poco planificada. El resultado son configuraciones territoriales complejas, donde se mezclan la alta densidad poblacional, informalidad urbana, presión sobre los recursos naturales y desigualdades profundas en el acceso a servicios básicos. Investigaciones recientes lo han documentado, estas condiciones afectan directamente los perfiles de riesgo en salud.<sup>(7,8)</sup> Los problemas sanitarios no pueden entenderse por separado en estos escenarios.



En este contexto, las desigualdades estructurales que caracterizan a la región no solo afectan el acceso a servicios de salud, sino que también condicionan la exposición diferencial a riesgos ambientales y sanitarios.<sup>(7)</sup> La contaminación del aire, la gestión inadecuada de residuos, las limitaciones en el acceso al agua potable y la proliferación de vectores y reservorios animales en entornos urbanos vulnerables son factores que interactúan al mismo tiempo. Generan efectos acumulativos sobre la salud de la población. De acuerdo con la evidencia disponible, estos determinantes operan en múltiples niveles y requieren, por tanto, enfoques que integren dimensiones sociales, ambientales y biológicas en un mismo marco analítico.

Desde esta perspectiva, las ciudades latinoamericanas no solo concentran riesgos, sino que también son escenarios estratégicos para la intervención. Iniciativas regionales como el estudio SALURBAL han mostrado la importancia de generar evidencia contextualizada. Esto permite comprender cómo los entornos urbanos influyen en la salud. Y también que las políticas públicas funcionan mejor cuando se basan en datos comparativos entre ciudades. La literatura lo respalda, el nivel urbano es un punto clave para articular políticas de salud, ambiente y desarrollo.<sup>(9)</sup> Por tanto, Una Sola Salud gana pertinencia en estos contextos.

En el entorno rural las interacciones entre salud humana y animal se han analizado durante décadas, pero en las ciudades las dinámicas son distintas. Más densas. Más complicadas. La alta densidad poblacional, la fragmentación de ecosistemas, la transformación del entorno natural: todo eso genera condiciones ideales para que circulen patógenos, proliferen vectores, y la gente se exponga a múltiples riesgos a la vez. La urbanización acelerada altera la biodiversidad y los servicios ecosistémicos, con consecuencias directas sobre la salud como la emergencia, y reemergencia, de enfermedades zoonóticas.<sup>(3,4)</sup>

El ambiente construido (vivienda, infraestructura, transporte, uso del suelo) también determina la salud. Diez Roux et al. lo demuestran: a menor planificación urbana, mayor carga de enfermedad.<sup>(6)</sup> La desigualdad territorial y la desigualdad sanitaria van de la mano. En este escenario, los problemas de salud nunca responden a una sola causa. Siempre hay múltiples factores interactuando. Por eso, se necesitan enfoques integradores como Una Sola Salud.

Pese a la relevancia conceptual y contextual del enfoque, la evidencia disponible sobre su implementación en América Latina en el período reciente muestra un desarrollo heterogéneo.<sup>(3)</sup> En líneas generales, se ha observado un incremento en la producción científica relacionada con Una Sola Salud, particularmente, a partir de eventos globales que hicieron evidente la interdependencia entre salud humana, animal y ambiental. Sin embargo, este crecimiento no ha sido uniforme, ni geográfica ni temáticamente. El resultado es un cuerpo de evidencia fragmentado, con distintos niveles de profundidad analítica.

De acuerdo con la literatura, muchas investigaciones son estudios de caso o experiencias locales. Aportan evidencia valiosa, pero limitada. Estos estudios no permiten generalizar ni encontrar patrones comparables entre contextos. El predominio de lo descriptivo indica que la implementación de Una Sola Salud en la región todavía se está consolidando.



Por otra parte, la investigación en salud urbana y el marco de Una Sola Salud no se articulan bien. <sup>(4)</sup> Existen iniciativas relevantes que vinculan entorno urbano y salud. Pero no siempre lo hacen desde Una Sola Salud. El resultado es que esto dificulta construir un cuerpo teórico-práctico integrado. Hegewisch-Taylor, *et al.* lo resumen bien, sin integración, no se puede avanzar hacia modelos de intervención efectivos y sostenibles.<sup>(10)</sup>

Y a nivel global, ocurre lo mismo. Los estudios sobre Una Sola Salud en ciudades de países de ingresos bajos y medios escasean. <sup>(4)</sup> Esto restringe la comprensión de cómo aplicar el enfoque en escenarios con alta desigualdad y urbanización acelerada. En América Latina, esta limitación se nota en la falta de síntesis sistemáticas que integren hallazgos dispersos y que evalúen críticamente los avances.

El vacío principal no es solo la falta de estudios, sino la falta de integración analítica. Se necesita comprender cómo se ha implementado Una Sola Salud en ciudades latinoamericanas. Qué actores participaron. Qué estrategias se usaron. Cuáles fueron sus alcances y limitaciones. Sin esto, el conocimiento científico avanza a trompicones. Y las políticas públicas no se basan en evidencia.

Por ello, una revisión sistemática que organice, evalúe y sintetice la evidencia disponible sobre Una Sola Salud en contextos urbanos de América Latina ayuda a superar la dispersión bibliográfica, permite identificar patrones, tendencias y vacíos, y proporciona una base sólida para futuras investigaciones y para la toma de decisiones en salud pública.

A partir de lo anterior, este estudio se propone analizar la evidencia científica publicada entre 2015 y 2025 sobre la implementación del enfoque Una Sola Salud en contextos urbanos en América Latina. Es de interés especial los tipos de intervenciones desarrolladas, los actores involucrados, los ámbitos de aplicación y los principales resultados reportados. De ahí, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se ha implementado el enfoque Una Sola Salud en contextos urbanos latinoamericanos entre 2015 y 2025? Y más concretamente ¿Cuáles son sus principales características, alcances y limitaciones?

La relevancia de esta revisión está en su capacidad para aportar una visión integrada sobre un campo de estudio en expansión. Contribuye, por un lado, a consolidar Una Sola Salud en la región. Por el otro, a fortalecer estrategias para mejorar la salud pública en ciudades complejas.

## MÉTODO

Este estudio se desarrolló como una revisión sistemática descriptiva, orientada a identificar, analizar y sintetizar la evidencia científica sobre la implementación del enfoque Una Sola Salud en contextos urbanos de América Latina entre 2015 y 2025. La revisión se condujo con base en los lineamientos de la declaración PRISMA 2020 (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) para garantizar transparencia, reproducibilidad y consistencia metodológica en todo el proceso de identificación, selección y análisis de los estudios incluidos.<sup>(11)</sup> El diseño metodológico se definió de manera previa y se aplicó de forma sistemática en cada etapa.



### *Criterios de elegibilidad*

Los criterios de inclusión y exclusión se definieron utilizando el marco PICOS (Población, Intervención, Comparación, Resultados, Diseño de estudios), adaptado para revisiones sistemáticas descriptivas. El Cuadro 1 detalla la operacionalización de cada componente.

**Cuadro 1.** Criterios de elegibilidad según el marco PICOS para la revisión sistemática sobre implementación del enfoque Una Sola Salud en contextos urbanos de América Latina (2015-2025)

Elemento	Definición
Población (P)	Contextos urbanos en América Latina (ciudades, áreas metropolitanas, asentamientos informales periurbanos).
Intervención (I)	Implementación del enfoque Una Sola Salud (cualquier estrategia, programa o política que integre $\geq 2$ componentes: humano, animal, ambiental).
Comparación (C)	No aplica (revisión descriptiva).
Resultados (O)	(a) Tipo de vínculo con Una Sola Salud (implementación directa [Tipo A] vs. alineamiento conceptual [Tipo B]); (b) componentes efectivamente integrados; (c) actores sectoriales involucrados; (d) barreras reportadas para la implementación; (e) desenlaces documentados.
Estudios (S)	Estudios empíricos primarios con cualquier diseño metodológico (cuantitativo, cualitativo, mixto). Se excluyeron revisiones sistemáticas, editoriales, cartas y literatura gris.

Fuente: Elaboración propia basada en el marco PICOS recomendado por PRISMA 2020.

Adicionalmente, se establecieron los siguientes criterios complementarios de inclusión: (a) publicación en revistas indexadas en Scopus, Web of Science, PubMed o SciELO; (b) idioma español, inglés o portugués; (c) disponibilidad de texto completo. Se excluyeron estudios centrados exclusivamente en contextos rurales, así como documentos sin revisión por pares.

### *Definición operativa de implementación del enfoque Una Sola Salud*

Para los propósitos de esta revisión, se definió “implementación” (Tipo A) como toda intervención, programa, estrategia o política que articulara explícitamente al menos dos de los tres componentes (salud humana, animal y ambiental) con acciones coordinadas entre sectores (salud, ambiente, bienestar animal, gobierno local) en un contexto urbano.

Considerando la naturaleza emergente del campo de estudio en la región, se decidió incluir una segunda categoría de análisis: estudios conceptualmente alineados (Tipo B). Estos corresponden a investigaciones que, si bien no documentaron una intervención intersectorial activa, utilizaron el marco Una Sola Salud de manera analítica o descriptiva para caracterizar problemas sanitarios en entornos urbanos, identificar barreras para la implementación o evaluar condiciones de gobernanza. La inclusión de estudios Tipo B se justifica por dos razones: (1) la escasez documentada de experiencias de

implementación directa en contextos urbanos latinoamericanos, y (2) la necesidad de mapear el estado de la evidencia disponible que, aunque preliminar, informa sobre los determinantes estructurales que condicionan la operacionalización del enfoque. Esta distinción permite una síntesis más comprehensiva sin sacrificar el rigor en la interpretación de los hallazgos sobre implementación efectiva.

### Búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica se realizó en cuatro bases de datos: Scopus, Web of Science, PubMed y SciELO. Estas se seleccionaron por su cobertura en ciencias de la salud, ciencias ambientales y estudios interdisciplinarios. También por su relevancia para la producción científica en América Latina. La búsqueda se ejecutó el 15 de enero de 2026 y se actualizó el 30 de marzo de 2026. Se incluyeron artículos publicados entre enero de 2015 y diciembre de 2025, en español, inglés o portugués.

La estrategia de búsqueda se construyó combinando términos controlados y palabras clave, de la siguiente manera: (“Una Sola Salud” OR “Una Salud” OR “Salud Única” OR “Saúde Única”) AND (“urban” OR “city” OR “metropolitan” OR “urbano”) AND (“Latin America” OR “América Latina”)

Esta estrategia fue adaptada a la sintaxis de cada base de datos.



Fig. 1. Estrategia de búsqueda bibliográfica.

### Proceso de selección

El proceso de selección fue realizado de manera independiente por los autores del estudio, y las discrepancias se resolvieron mediante discusión y consenso, con el objetivo de asegurar la coherencia en la aplicación de los criterios de selección.

La secuencia de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión se organizó conforme al esquema propuesto por PRISMA, lo que permitió documentar de manera sistemática el flujo de los estudios a lo largo del proceso de revisión. La Figura 2 muestra este flujo en detalle.

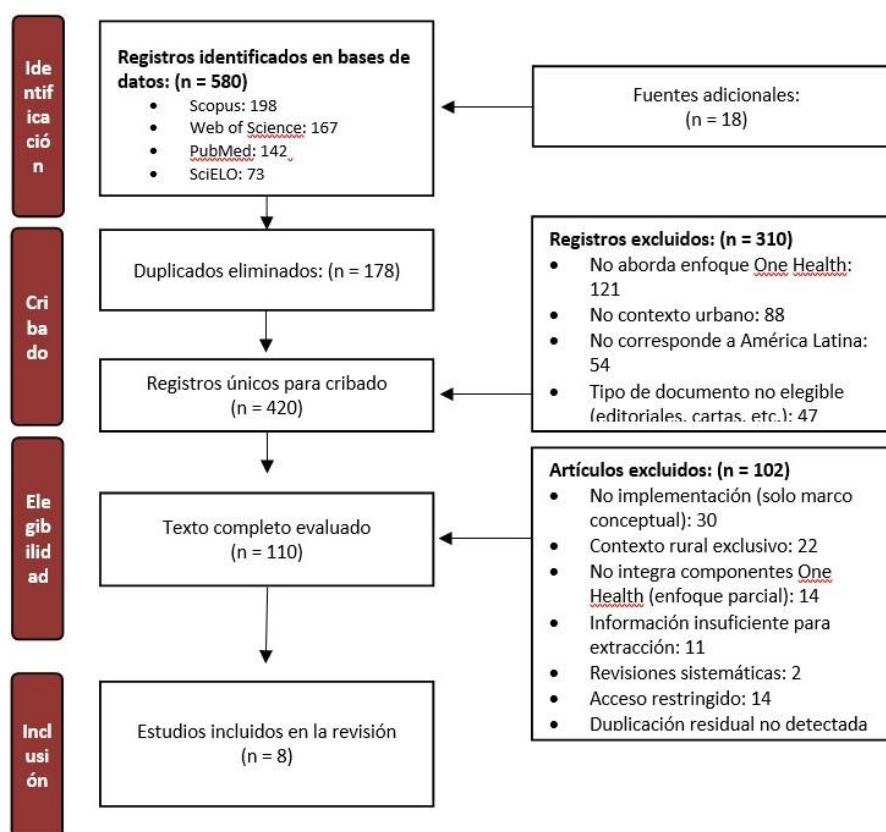


Fig. 2. Diagrama de flujo PRISMA.

La búsqueda bibliográfica permitió identificar un total de 598 registros. De estos, 580 correspondieron a bases de datos electrónicas (Scopus, Web of Science, PubMed y SciELO) y 18 a fuentes adicionales. Tras la eliminación de 178 registros duplicados, se procedió al cribado de 420 títulos y resúmenes. En esta fase se excluyeron 310 estudios por no cumplir con los criterios de elegibilidad. Posteriormente, se evaluaron 110 artículos a texto completo. De estos, 102 fueron excluidos. Finalmente, se incluyeron 8 estudios en la síntesis cualitativa.

### Extracción de datos y análisis

Para la extracción de información se diseñó una matriz estructurada que permitió registrar de manera homogénea las características de cada estudio incluido. Las variables consideradas abarcaron aspectos bibliográficos y metodológicos, tales como autor, año de publicación, país, tipo de diseño, objetivo de la investigación, población o contexto analizado. También se incluyeron elementos relacionados con la implementación del enfoque Una Sola Salud: componentes abordados (salud humana, animal y ambiental), tipo de intervención o estrategia desarrollada, actores involucrados y principales resultados reportados. Adicionalmente, se consignaron las limitaciones identificadas en cada estudio para facilitar una valoración crítica de la evidencia.

Para el análisis de las limitaciones reportadas en los estudios incluidos, se realizó un análisis de contenido temático. Se identificaron las principales categorías de limitaciones a partir de la lectura completa de los artículos. Posteriormente, se agruparon por temática recurrente destacando los estudios en que se abordan.

### *Evaluación de la calidad metodológica*

La calidad metodológica de los estudios fue evaluada mediante el instrumento MMAT (*Mixed Methods Appraisal Tool*) en su versión 2018, seleccionado por su capacidad para valorar estudios cualitativos, cuantitativos y de métodos mixtos dentro de una misma revisión.<sup>(12)</sup> Se establecieron a priori las siguientes categorías de calidad metodológica, adaptadas a partir de las recomendaciones de los autores del instrumento:

- Alta calidad: el estudio cumple con todos los criterios de la herramienta (100 %).
- Calidad moderada: el estudio cumple con al menos el 75 % de los criterios, pero no con la totalidad.
- Baja calidad: el estudio cumple con menos del 50 % de los criterios.

Esta clasificación se aplicó de manera independiente y las discrepancias se resolvieron mediante consenso.

### *Síntesis de la evidencia*

Dada la heterogeneidad de los diseños metodológicos, los contextos de estudio y los tipos de intervención identificados, se optó por realizar una síntesis de carácter descriptivo y narrativo. Una vez extraídos los datos, se organizaron en categorías temáticas. Esto permitió identificar patrones en la implementación de Una Sola Salud en la región. También se usaron frecuencias absolutas y relativas para describir la distribución de los estudios según país, tipo de diseño y ámbito de aplicación. De esa manera, se pudo integrar la información de manera coherente, resaltando las principales tendencias, convergencias y vacíos en la literatura revisada.

## **RESULTADOS**

Los estudios incluidos fueron publicados entre 2017 y 2025. Esta distribución temporal muestra un incremento progresivo en la producción científica a partir del año 2019, con mayor concentración en el período 2020–2024.

### *Clasificación según tipo de vínculo con el enfoque Una Sola Salud*

Los estudios fueron clasificados en dos categorías:

- Tipo A (implementación directa): estudios que documentaron una intervención, programa o estrategia con coordinación intersectorial activa. Tres estudios (3/8) cumplieron este criterio.



- Tipo B (lineamiento conceptual): estudios que utilizaron el marco Una Sola Salud de manera analítica o descriptiva, pero sin implementar una intervención activa. Cinco estudios (5/8) correspondieron a esta categoría.

### Distribución geográfica

Desde el punto de vista geográfico, se observó una concentración de estudios en pocos países. Tres países acumularon dos estudios cada uno: Brasil, Colombia y Perú. Los dos estudios restantes no se centran en un solo país, sino que abordan la región latinoamericana en su conjunto.

En relación con el ámbito de estudio, la mayoría de las investigaciones se desarrolló en entornos urbanos con condiciones de vulnerabilidad socioambiental:

- Asentamientos informales.
- Barrios periurbanos.
- Comunidades con acceso limitado a servicios básicos.

La Tabla 1 resume las características de los estudios incluidos, con respecto a país, diseño metodológico, vínculo con OH, tipo de intervención, actores involucrados y resultados.

**Tabla 1.** Características de los estudios incluidos

Autor/Año/ País	Diseño	Tipo de vínculo con OH	Componente OH	Intervención/ Implementación	Actores involucrados	Resultados principales
Díez Roux <i>et al.</i> <sup>(6)</sup> 2024 AL	Estudio multicéntrico	Tipo B	Implícito (salud-ambiente)	Generación de evidencia para políticas urbanas	Academia, gobiernos, redes internacionales	Relación entre entorno urbano y salud poblacional
Ferro <i>et al.</i> <sup>(13)</sup> 2025 Brasil	Estudio ecológico con análisis geoespacial	Tipo A	Humano-animal-ambiente	Uso de tecnologías/modelado geoespacial para identificar clústers y vulnerabilidad	Instituciones de salud pública y vigilancia (y soporte académico/estadístico/ambiental)	Se detectan clusters de alto riesgo y asociaciones con factores ambientales; se refuerza la priorización One Health
Mendoza-Sánchez <i>et al.</i> <sup>(14)</sup> 2020 Colombia	Observacional	Tipo B	Humano-animal-ambiente	Vigilancia epidemiológica ambiental y humana	Investigadores, comunidad local	Alta presencia de patógenos asociada a condiciones ambientales deficientes
Castillo-Neyra <i>et al.</i> <sup>(15)</sup> 2017 Perú	Cualitativo	Tipo A	Humano-animal	Estrategias de vacunación masiva y análisis de acceso	Comunidad, autoridades sanitarias, veterinarios	Barreras logísticas, percepción de riesgo baja, falta de acceso reducen cobertura
Alarcón <i>et al.</i> <sup>(16)</sup> 2018, Perú	Estudio aplicado	Tipo A	Integración multisectorial	Proyecto interdisciplinario (diseño + salud + ambiente)	Academia, ONG, comunidad	Mejora en comprensión de determinantes socioambientales

Cediel-Becerra <i>et al.</i> <sup>(17)</sup> 2021, Colombia/AL	Encuesta	Tipo B	Gobernanza OH	Evaluación de sistemas de salud fragmentados	Profesionales salud, instituciones	Baja integración intersectorial; necesidad de políticas públicas
Molina-Flores <i>et al.</i> <sup>(18)</sup> 2025 AL	Estudio evaluativo	Tipo B	Salud pública veterinaria + OH	Análisis de programas existentes	Organismos internacionales, gobiernos	Débil coordinación institucional; avances en vigilancia
Diez Roux <i>et al.</i> <sup>(19)</sup> 2019 AL	Descriptivo (consorcio)	Tipo B	Implícito	Plataforma de investigación urbana	Investigadores, financiadores, gobiernos	Fortalece evidencia en salud urbana regional

Metodológicamente, los estudios fueron heterogéneos. Dominaron los diseños observacionales y descriptivos: cualitativos, estudios de caso, aplicados en contextos específicos. No se identificaron estudios de cohorte ni ensayos de intervención controlados, lo que evidencia la poca presencia de diseños analíticos robustos. En general, la mayoría de las investigaciones se centró en caracterizar problemas sanitarios y socioambientales en entornos urbanos. También en analizar barreras, determinantes y dinámicas de transmisión de enfermedades. Cabe destacar que casi ninguna evaluó el impacto de las intervenciones.

Al analizar los estudios, se identificaron distintas maneras de implementar Una Sola Salud en contextos urbanos. Estas fueron agrupadas en cuatro categorías principales:

### 1. Iniciativas de vigilancia integrada

Orientadas al monitoreo conjunto de enfermedades zoonóticas y factores ambientales. Estas estrategias se centraron en la articulación entre sistemas de salud humana y animal, incorporando en algunos casos variables ambientales.<sup>(13,14)</sup>

### 2. Intervenciones comunitarias focalizadas

Dirigidas principalmente al control de zoonosis urbanas. Incluyeron campañas de vacunación antirrábica y estrategias de control de enfermedades transmitidas por vectores en contextos periurbanos y asentamientos informales. Una característica común es la participación activa de la comunidad y la interacción con servicios de salud y sanidad animal.<sup>(15,16)</sup>

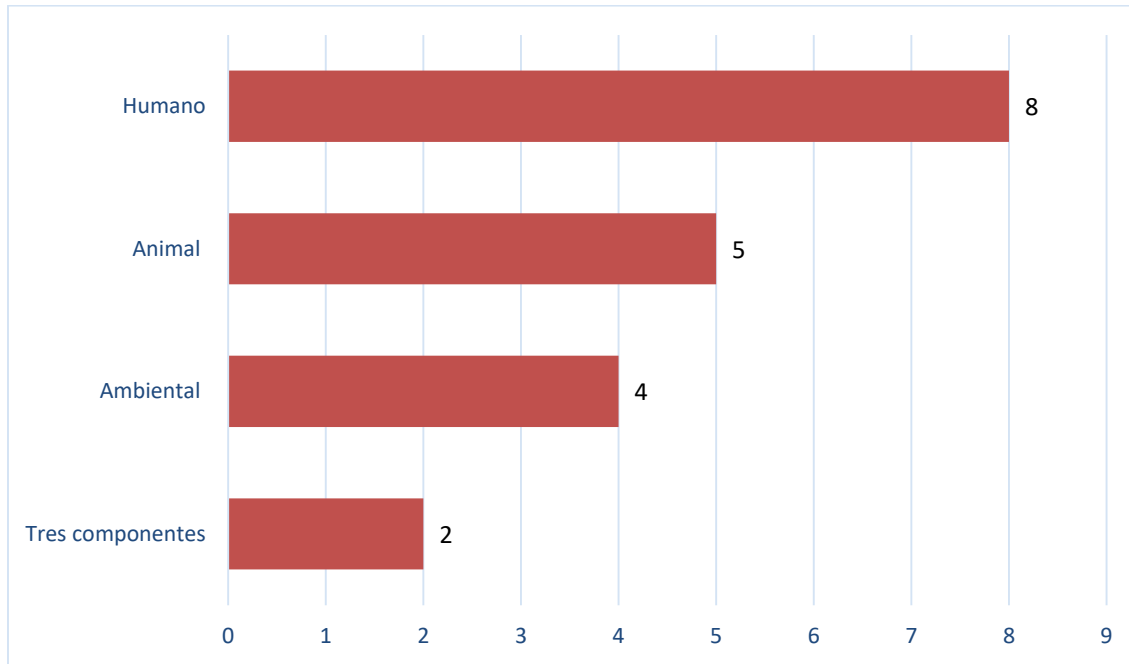
### 3. Iniciativas de gobernanza y análisis institucional

Centradas en la evaluación de la implementación del enfoque Una Sola Salud a nivel regional. Estas investigaciones evidenciaron procesos de fragmentación institucional, así como avances incipientes en la integración intersectorial entre salud humana, salud animal y gestión ambiental.<sup>(17,18)</sup>

### 4. Proyectos de investigación aplicada en salud urbana

Orientados a la generación de evidencia sobre la relación entre entorno urbano, condiciones socioambientales y salud poblacional.<sup>(19)</sup> Un punto importante es que estos estudios, aunque no siempre utilizaron explícitamente el marco Una Sola Salud, se alinearon conceptualmente con sus principios.

En relación con los componentes del enfoque Una Sola Salud (Figura 3), la totalidad de los estudios (8/8) incluyó el componente de salud humana. El componente animal estuvo presente en 5/8 estudios, principalmente en investigaciones centradas en zoonosis urbanas. El componente ambiental fue incorporado de manera explícita en 4/8 estudios, principalmente aquellos desarrollados en contextos de alta vulnerabilidad socioambiental.



**Fig. 3.** Componentes Una Sola Salud abordados.

La integración simultánea de los tres componentes (humano, animal y ambiental) fue limitada y se concentró en estudios específicos como Ferro *et al.*<sup>(13)</sup> y Mendoza-Sánchez *et al.*<sup>(14)</sup> Esto evidencia una implementación parcial del enfoque Una Sola Salud en contextos urbanos de América Latina. Los estudios incluidos reportaron la participación de una diversidad de actores en la implementación del enfoque Una Sola Salud.

**Tabla 2.** Participación de actores en la implementación del enfoque Una Sola Salud

Tipo de actor	Rol principal	Estudios incluidos
Instituciones gubernamentales	Programas de vigilancia y control sanitario	Ferro <i>et al.</i> <sup>(13)</sup> , Castillo-Neyra <i>et al.</i> <sup>(15)</sup>
Instituciones académicas	Generación de evidencia científica e investigación aplicada	Diez Roux <i>et al.</i> <sup>(6,19)</sup>
Organizaciones no gubernamentales	Ejecución de intervenciones en territorios vulnerables	Alarcón <i>et al.</i> <sup>(16)</sup>
Comunidades locales	Participación en estrategias de prevención y control	Mendoza-Sánchez <i>et al.</i> <sup>(14)</sup> , Castillo-Neyra <i>et al.</i> <sup>(15)</sup>
Organismos internacionales	Financiamiento y coordinación regional	Molina-Flores <i>et al.</i> <sup>(18)</sup>

La interacción entre estos actores se presentó con distintos niveles de articulación, desde colaboraciones puntuales hasta iniciativas más estructuradas. Sin embargo, en general se observaron limitaciones en la coordinación intersectorial sostenida. Los estudios analizados reportaron una serie de resultados asociados a la implementación del enfoque Una Sola Salud en contextos urbanos. A continuación, los principales hallazgos agrupados por temática:

#### Identificación de factores de riesgo:

- Asociación entre condiciones de vulnerabilidad urbana y transmisión de enfermedades zoonóticas.
- Influencia de factores ambientales deficientes (saneamiento, residuos, acceso al agua) en la presencia de patógenos.

#### Barreras estructurales:

- Limitaciones en el acceso a servicios de salud y vacunación.
- Baja percepción de riesgo en la población.
- Condiciones ambientales desfavorables en asentamientos informales.

#### Avances documentados:

- Mejoras en vigilancia epidemiológica.
- Articulación entre actores institucionales y comunitarios en casos puntuales.
- Generación de evidencia contextualizada para políticas urbanas (SALURBAL).

#### Limitaciones en la evidencia:

- Escasa evaluación de efectividad de las intervenciones.
- Predominio de estudios de alcance local y resultados de corto plazo.

Las limitaciones reportadas en los estudios fueron recurrentes y consistentes entre sí. La Tabla 3 resume las principales limitaciones identificadas y los estudios en los que se reportaron.

**Tabla 3.** Limitaciones reportadas por los estudios incluidos

Limitación	Estudios incluidos
Carácter localizado de las investigaciones	Mendoza-Sánchez et al. <sup>(14)</sup> , Castillo-Neyra et al. <sup>(15)</sup>
Escala reducida de implementación	Alarcón et al. <sup>(16)</sup>
Ausencia de diseños longitudinales	La mayoría de los estudios
Dificultades en integración efectiva de componentes Una Salud	Cediel-Becerra et al. <sup>(17)</sup> , Molina-Flores et al. <sup>(18)</sup>
Debilidad en mecanismos de articulación intersectorial	Cediel-Becerra et al. <sup>(17)</sup> , Molina-Flores et al. <sup>(18)</sup>

Estas limitaciones condicionaron el alcance de los resultados y la posibilidad de extrapolación a otros contextos urbanos de la región. La evaluación de la calidad metodológica evidenció una variabilidad en la rigurosidad de los estudios incluidos.

De los ocho estudios, un estudio multicéntrico alcanzó alta calidad (100 % criterios MMAT); cinco estudios mostraron calidad moderada (cumpliendo entre 60 % - 80 % de los criterios, principalmente debido a limitaciones en la representatividad muestral o control de sesgos ecológicos), y dos estudios presentaron calidad baja (<50 %) debido a la naturaleza exploratoria de su diseño cualitativo o localizado.

## DISCUSIÓN

Los resultados de esta revisión sistemática descriptiva ofrecen una panorámica sobre la evidencia disponible acerca de la implementación del enfoque Una Sola Salud en contextos urbanos de América Latina entre 2015 y 2025. El análisis de los ocho estudios finalmente incluidos revela un panorama de desarrollo incipiente, concentrado en pocos países y metodológicamente heterogéneo. Persiste una distancia considerable entre el reconocimiento conceptual que ha ganado el enfoque y su traducción en acciones concretas dentro de entornos urbanos complejos.

### Síntesis e interpretación de los hallazgos principales

El dato más revelador sea la escasez de estudios que documenten experiencias reales de puesta en marcha del enfoque Una Sola Salud en ciudades latinoamericanas. Apenas tres de los ocho trabajos analizados, los de Ferro *et al.*<sup>(13)</sup>, Castillo-Neyra *et al.*<sup>(15)</sup> y Alarcón *et al.*<sup>(16)</sup>, describen intervenciones con coordinación intersectorial activa (Tipo A). El resto, cinco estudios, emplean el marco conceptual con propósitos analíticos o diagnósticos (Tipo B).

La distribución anterior refleja el estado incipiente del campo: la investigación en Una Sola Salud urbano en la región se halla todavía en una fase donde predomina el diagnóstico de problemas y la identificación de obstáculos, y no tanto la evaluación de soluciones implementadas. Pettan-Brewer *et al.*<sup>(5)</sup> ya habían advertido esta característica, señalando que, pese al creciente interés por el enfoque, su aplicación sigue siendo fragmentaria y muy dependiente de impulsos locales.

La evidencia se concentra en Brasil, Colombia y Perú. Son países que cuentan con cierta infraestructura científica y acceso a financiamiento, un patrón que Frenk *et al.* documentaron para la investigación en salud global.<sup>(20)</sup> Sin embargo, esta concentración deja fuera a buena parte de la región. Los hallazgos difícilmente pueden trasladarse sin más a ciudades centroamericanas o caribeñas, cuya realidad urbana y capacidad institucional difiere notablemente.

Desde el punto de vista metodológico, dominan los diseños observacionales, los abordajes cualitativos y los estudios de caso. No aparecen cohortes ni ensayos controlados. Esto indica que el campo apenas está formulando hipótesis, sin haber entrado aún en la fase de comprobación. Rüegg *et al.* han insistido, en un llamado de alcance global, en la urgencia de desarrollar marcos evaluativos más sólidos para intervenciones Una Sola Salud, capaces de establecer nexos causales y medir efectos sostenidos en el tiempo.<sup>(21)</sup> Sin ese tipo de evidencia, quienes toman decisiones carecen de insumos robustos para asignar recursos o diseñar políticas.

### **Integración desigual de los componentes del enfoque Una Sola Salud**

Los datos muestran una integración dispareja de los tres componentes. Salud humana aparece en los ocho estudios. Salud animal, en cinco. El componente ambiental, en cambio, se aborda explícitamente solo en cuatro.

Este desbalance no es menor. Refleja lo que podríamos llamar una suerte de "ceguera ecosistémica" en la aplicación urbana del enfoque. Destoumieux-Garzón *et al.*<sup>(1)</sup> ya habían señalado esta tendencia a nivel global. En nuestras ciudades latinoamericanas, sin embargo, la omisión resulta particularmente problemática. La región concentra más del 80 % de su población en áreas urbanas, muchas veces con expansión desordenada sobre ecosistemas frágiles, manejo precario de residuos y saneamiento deficitario. No integrar la variable ambiental es mutilar el potencial analítico y operativo del enfoque.

El trabajo de Ferro *et al.*<sup>(13)</sup> en São Paulo constituye una excepción notable. Allí se usaron datos satelitales y variables climáticas para orientar la vigilancia de leishmaniasis visceral, mostrando que la integración de los tres componentes es técnicamente viable en la región. El resto de los estudios, sin embargo, o bien ignoran la dimensión ecosistémica o la mencionan tangencialmente, sin traducirla en variables de análisis o en acciones concretas.

Esto tiene consecuencias prácticas. Sin el componente ambiental, Una Sola Salud en la ciudad se parece demasiado a lo que siempre se hizo: vigilancia de zoonosis y coordinación entre salud pública y veterinaria. Valioso, pero insuficiente para enfrentar problemas donde la degradación del entorno, la pérdida de biodiversidad, la contaminación, el cambio en el uso del suelo, es el principal motor de riesgo. La propuesta reciente de Bruno *et al.*<sup>(4)</sup> sobre rehabilitación de ecosistemas urbanos ofrece un horizonte distinto. Pero en América Latina, la evidencia revisada indica que todavía estamos lejos de ese horizonte.

### **Gobernanza intersectorial: avances incipientes y barreras estructurales**

Los actores involucrados son diversos: gobierno, academia, ONG, comunidades y organismos internacionales. Esto confirma la vocación colaborativa del enfoque. Sin embargo, que confluyan múltiples actores no garantiza una gobernanza efectiva. Cediel-Becerra *et al.*<sup>(17)</sup> y Molina-Flores *et al.*<sup>(18)</sup> documentaron con claridad procesos de fragmentación institucional y debilidad en los mecanismos de coordinación. Lee y Brumme<sup>(22)</sup> ya habían identificado esta carencia de marcos integrados de gobernanza como uno de los principales escollos para operacionalizar Una Sola Salud a escala global.



La fragmentación se agudiza en las ciudades. Las competencias sobre salud pública, saneamiento, control de zoonosis y ordenamiento territorial suelen repartirse entre distintos niveles de gobierno y sectores que rara vez dialogan. Hegewisch-Taylor *et al.*<sup>(10)</sup> examinaron esta situación en México y concluyeron que implementar Una Sola Salud de manera efectiva exige no solo voluntad política, sino también marcos normativos que formalicen la colaboración y distribuyan responsabilidades y recursos con precisión.

### **Implicaciones para la política y la práctica en América Latina**

De estos hallazgos se desprenden algunas lecciones para la política pública regional. Primero, las iniciativas urbanas de Una Sola Salud deben incorporar deliberadamente los tres componentes. No basta con atender zoonosis; hay que mirar también los determinantes ecosistémicos. Experiencias como SALURBAL han mostrado el valor de generar evidencia contextualizada sobre la relación entre entorno urbano y salud poblacional, y podrían servir de modelo para integrar la dimensión ambiental en futuras intervenciones.<sup>(6,19)</sup>

Segundo, urge robustecer la gobernanza intersectorial. No alcanza con mesas de trabajo esporádicas. Se requieren sistemas de información que vigilen amenazas en la interfaz humano-animal-ambiente de manera conjunta. El trabajo de Ferro *et al.*<sup>(13)</sup> en São Paulo, que empleó herramientas geoespaciales para focalizar la vigilancia de leishmaniasis visceral, ilustra cómo las tecnologías analíticas integradas pueden optimizar recursos en entornos urbanos complejos.

Tercero, la participación comunitaria aparece como un eje transversal en las experiencias documentadas. Castillo-Neyra *et al.*<sup>(15)</sup> en Perú y Alarcón *et al.*<sup>(16)</sup> en la Amazonía peruana evidencian que la efectividad de cualquier intervención depende de comprender las percepciones locales de riesgo, las barreras reales de acceso y las dinámicas socioterritoriales específicas.

Este trabajo tiene limitaciones que conviene tener presentes. La búsqueda se circunscribió a bases indexadas (Scopus, Web of Science, PubMed, SciELO). Es posible que experiencias valiosas documentadas en literatura gris, informes técnicos o publicaciones no indexadas hayan quedado fuera. Se optó por este criterio para asegurar la verificabilidad de la evidencia, pero no puede descartarse un sesgo de publicación. Tampoco se consideraron estudios en idiomas distintos al español, inglés o portugués, aunque la cobertura de las tres lenguas principales de la producción científica regional atenúa esta limitación. La heterogeneidad de diseños y la calidad variable de los estudios, predominantemente moderada o baja según MMAT, con solo un trabajo de alta calidad, impidieron cualquier metaanálisis, por lo que el análisis es exclusivamente narrativo.

Hay además una limitación de fondo, que tiene que ver con el estado mismo del campo. La mayoría de los estudios incluidos fueron análisis conceptuales, no intervenciones. Esto era esperable, porque el enfoque apenas empieza a operacionalizarse en ciudades de la región. Pero también implica que esta revisión revela más sobre las barreras por implementar Una Sola Salud. Dicho de otro modo: los resultados que se presentan son un diagnóstico de la fase preimplementación, no una evaluación de impacto.



Por último, la distinción *ad-hoc* entre estudios Tipo A y Tipo B, si bien permitió capturar el estado del arte de manera más completa, introduce cierta subjetividad. Futuras revisiones podrían beneficiarse de marcos de evaluación más estandarizados como el One Health Evaluation Framework de Rüegg *et al.*<sup>(2)</sup>

Los resultados permiten esbozar una agenda prioritaria. Hacen falta estudios longitudinales y cuasiexperimentales que evalúen efectividad, sostenibilidad ambiental y costo-efectividad de las intervenciones. Convendría también expandir la cobertura geográfica hacia Centroamérica y el Caribe, hoy prácticamente ausentes del mapa de evidencia.

Sería provechoso explorar arreglos institucionales innovadores que hayan funcionado en otros contextos y analizar su posible adaptación a las realidades normativas de los países latinoamericanos. Finalmente, la incorporación de metodologías participativas y ciencia ciudadana podría mejorar la relevancia contextual de las intervenciones y su sostenibilidad en el tiempo.

## CONCLUSIONES

La evidencia reunida en esta revisión muestra que la puesta en práctica del enfoque Una Sola Salud en ciudades latinoamericanas entre 2015 y 2025 ha sido escasa, dispar y mayormente acotada a experiencias locales. De los ocho trabajos analizados, apenas tres describen intervenciones con coordinación intersectorial real (Tipo A). Los cinco restantes se mueven en el terreno de lo conceptual: utilizan el marco Una Sola Salud para diagnosticar problemas o caracterizar barreras, pero sin llegar a implementar acciones concretas (Tipo B).

La integración de los tres pilares del enfoque resultó francamente despereja. La salud humana aparece en todos los estudios. La salud animal, en cinco. El componente ambiental, en cambio, solo se aborda de manera explícita en cuatro investigaciones. Este dato no es menor: revela que la dimensión ecosistémica, justamente aquella que distingue a Una Sola Salud de otros marcos de salud pública, sigue siendo la gran ausente en los análisis urbanos de la región.

La fragmentación institucional y la falta de estudios longitudinales figuran como los obstáculos más mencionados. Sin diseños capaces de medir efectos en el tiempo, y sin estructuras de gobernanza que articulen a los sectores involucrados, el enfoque difícilmente superará la fase de enunciación.

Fortalecer la base empírica aparece como una tarea ineludible. Se necesitan investigaciones con diseños más robustos, pero también marcos normativos e institucionales que hagan posible una colaboración intersectorial genuina. Consolidar Una Sola Salud en las ciudades de América Latina implica transitar desde experiencias piloto hacia modelos de intervención que puedan ser evaluados, que cuenten con recursos estables y que dispongan de mecanismos claros para medir su impacto a largo plazo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Destoumieux-Garzón D, Mavingui P, Boetsch G, Boissier J, Darriet F, Duboz P, *et al.* The One Health concept: 10 years old and a long road ahead. *Front Vet Sci* [Internet] 2018 [citado 27 Dic 2025]; 5:14. DOI: <https://doi.org/10.3389/fvets.2018.00014>
2. Rüegg SR, McMahon BJ, Häsler B, Esposito R, Nielsen LR, Ifejika Speranza C, *et al.* A blueprint to evaluate One Health. *Front. Public Health* [Internet] 2017 [citado 27 Dic 2025]; 5:20. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00020>
3. Brown HL, Pursley IG, Horton DL, La Ragione RM. One health: a structured review and commentary on trends and themes. *One Health Outlook* [Internet] 2024 [citado 27 Dic 2025]; 6(1):17. DOI: <https://doi.org/10.1186/s42522-024-00111-x>
4. Bruno A, Arnoldi I, Barzaghi B, Boffi M, Casiraghi M, Colombo B, *et al.* The One Health approach in urban ecosystem rehabilitation: An evidence-based framework for designing sustainable cities. *iScience* [Internet] 2024 [citado 27 Dic 2025]; 27(10):110959. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.isci.2024.110959>
5. Pettan-Brewer C, Martins AF, de Abreu DPB, Brandão APD, Barbosa DS, Figueroa DP, *et al.* From the approach to the concept: One Health in Latin America-experiences and perspectives in Brazil, Chile, and Colombia. *Front Public Health* [Internet] 2021 [citado 15 Dic 2025]; 9:687110. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.687110>
6. Diez Roux AV, Alazraqui M, Alfaro T, Barrientos-Gutierrez T, Caiaffa WT, Kroker-Lobos MF, *et al.* Urban environments, health, and environmental sustainability: Findings from the SALURBAL Study. *J Urban Health* [Internet] 2024 [citado 8 Dic 2025]; 101:1087–1103. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11524-024-00932-1>
7. De Souza Oliveira T, Mendez Pereira AM. Expressions of inequalities in access to health services in Latin America: a scoping review. *Ciênc saúde coletiva* [Internet] 2024 [citado 16 Nov 2025]; 29(7). DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.04932024EN>
8. Paiva ASS, Bilal U, Andrade RFS, Cruz Neto CC, de Souza Filho JF, Santos GF, *et al.* Scaling of cardiovascular risk factors in 230 Latin American cities. *Sci Rep* [Internet] 2025 [citado 23 Nov 2025]; 15:7279. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-025-92087-5>
9. Slesinski SC, Indvik K, Barrientos-Gutierrez T, Bolinaga A, Teixeira Caiffa W, Diez-Canseco F, *et al.* Research translation to promote urban health in Latin America: the SALURBAL experience. *J Urban Health* [Internet] 2024 [citado 5 Dic 2025]; 101:1069–1086. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11524-024-00877-5>
10. Hegewisch-Taylor J, Dreser A, Aragón-Gama AC, Moreno-Reynosa MA, Ramos Garcia C, Ruckert A, *et al.* Analyzing One Health governance and implementation challenges in Mexico. *Glob Public Health* [Internet] 2024 [citado 17 Dic 2025]; 19(1):2377259. DOI: <https://doi.org/10.1080/17441692.2024.2377259>
11. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet] 2021 [citado 27 Dic 2025]; 372:n71. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
12. Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, *et al.* The Mixed



- Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Educ Inf* [Internet] 2018 [citado 27 Dic 2025]; 34(4):285-291. DOI: <https://doi.org/10.3233/EFI-180221>
13. Ferro RS, Fonseca ES, Semensati FL, Flores EF, Giufrida R, Hiramoto RM, *et al.* Geospatial technologies for targeting priority areas on surveillance and response of visceral leishmaniasis in São Paulo state, Brazil: embracing a One Health integrative approach. *J Glob Health* [Internet] 2025 [citado 27 Dic 2025]; 15:04200. DOI: <https://doi.org/10.7189/jogh.15.04200>
  14. Mendoza Sánchez X, Martínez De La Rosa W, Parra Corzo DL, Rodríguez Sanjuan A, Varela Prieto LL, Lagares Guzmán A, *et al.* Presence of pathogenic *Leptospira* spp. in an urban slum of the Colombian Caribbean: A One Health approach. *Rev Cubana Med Tropical* [Internet] 2020 [citado 7 Dic 2025]; 72(3). DOI: <https://revmedtropical.sld.cu/index.php/medtropical/article/view/523>
  15. Castillo-Neyra R, Brown J, Borrini K, Arevalo C, Levy MZ, Buttenheim A, *et al.* Barriers to dog rabies vaccination during an urban rabies outbreak: qualitative findings from Arequipa, Peru. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet] 2017 [citado 7 Dic 2025]; 11(3):e0005460. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005460>
  16. Alarcón JO, Alarcón JA, Andrews L. Epidemiología, arquitectura paisajista, "una salud" e innovación: experiencia en una comunidad amazónica. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [Internet] 2018 [citado 27 Dic 2025]; 35(4):667-74. DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.354.4109>
  17. Cediell Becerra NM, Olaya Medellín AM, Tomassone L, Chiesa F, De Meneghi D. A survey on One Health approach in Colombia and some Latin American countries: from a fragmented health organization to an integrated health response to global challenges. *Front Public Health* [Internet] 2021 [citado 27 Dic 2025]; 9:649240. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.649240>
  18. Molina-Flores B, Natal Vigilato MA, Rocha F, Cossivi O, Corrales M, Vásquez Niño GA, *et al.* Assessment of One Health initiatives from a veterinary public health approach in Latin America and the Caribbean. *Trop Med Infect Dis* [Internet] 2025 [citado 15 Dic 2025]; 10(11):315. DOI: <https://doi.org/10.3390/tropicalmed10110315>
  19. Diez Roux AV, Slesinski SC, Alazraqui M, Caiaffa WT, Frenz P, Jordán Fuchs R, *et al.* A novel international partnership for actionable evidence on urban health in Latin America: LAC-urban health and SALURBAL. *Global challenges* [Internet] 2019 [citado 16 Nov 2025]; 3(4):1800013. DOI: <https://doi.org/10.1002/gch2.201800013>
  20. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* [Internet] 2010 [citado 7 Nov 2025]; 376(9756):1923-58. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
  21. Rüegg SR, Nielsen LR, Buttigieg SC, Santa M, Aragrande M, Canali M, *et al.* A systems approach to evaluate One Health initiatives. *Front Vet Sci* [Internet] 2018 [citado 7 Nov 2025]; 5:23. DOI: <https://doi.org/10.3389/fvets.2018.00023>
  22. Lee K, Brumme ZL. Operationalizing the One Health approach: the global governance challenges. *Health Policy Plan* [Internet] 2013 [citado 7 Nov 2025]; 28(7):778-85. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czs127>

**Declaración de conflictos de intereses:**

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

**Contribución de los autores:**

*Juan Carlos Lázaro-Guillermo:* conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, redacción-borrador original, redacción-revisión y edición.

*Milton Ricardo Calderon-Pizango:* conceptualización, curación de datos, análisis formal, supervisión, metodología, redacción-revisión y edición.

*Luis Alvin Garzón López:* curación de datos, análisis formal, investigación, validación, visualización, redacción-revisión y edición.

*Rusvelth Paima-Paredes:* análisis formal, investigación, metodología, redacción-revisión y edición.

**Financiación:**

No se recibió financiación para el desarrollo del presente artículo.

