

- Mapa de evidencias sobre -
**interculturalidad
en salud**

Organización Panamericana de la Salud

Bogotá, 2025

Acerca del Mapa de Evidencias

El Mapa de Evidencias sobre Interculturalidad en salud se elaboró entre los meses de abril y octubre de 2024 en respuesta a la iniciativa presentada por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, manifiesta en las sesiones de trabajo del Taller de Elaboración de Mapas de Evidencia impartido por Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME/OPS/OMS) los días 4, 5 y 6 de octubre de 2023. Donde se plantea enfocar el estudio en la recuperación de la evidencia disponible sobre la situación y problemáticas en salud pública de los grupos étnicos del país, así como el acceso de esta población a políticas en salud con enfoque intercultural; información que brinda evidencia para la toma de decisiones frente a esta población en el marco de la reforma de la salud propuesta por el país.

Acceder al mapa de evidencias de interculturalidad en este enlace:

<https://www.bvscolombia.org/mapa-de-evidencias-interculturalidad-en-salud/>

Para su elaboración, se aplicó la metodología de mapa de evidencias adaptada por BIREME/OPS/OMS y se contó con el apoyo de profesionales de las ciencias sociales expertos en las temáticas de etnicidad y salud intercultural y de profesionales de la información y bibliotecología conocedores del uso de la metodología de mapa de evidencias, así como, con la colaboración permanente de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS) -coordinador de la Biblioteca Virtual en Salud de Colombia (BVS Colombia)- y BIREME/OPS/OMS

Acerca de este Informe Técnico

Este informe contextualiza, consolida y analiza la información de los estudios incluidos en el Mapa de Evidencias sobre interculturalidad en salud, sobre adecuaciones socioculturales implementadas en las intervenciones y los servicios de salud de los sistemas de salud nacionales, y que incluyeran saberes, conocimientos, prácticas, practicantes, insumos u otros elementos relacionados con las medicinas tradicionales de las poblaciones indígenas, afrodescendientes y romaníes.

El contenido del informe es de responsabilidad exclusiva de los autores y no representa las opiniones de la Organización Panamericana de la Salud.

Agradecimientos

La elaboración del Mapa de Evidencias y del informe técnico fue posible gracias al valioso compromiso y trabajo colaborativo de un equipo interdisciplinario especializado conformado por:

Gina Carrioni Denyer, consultora y miembro de la Red MTCI Américas, quien asumió la Coordinación Técnica del proceso y lideró la primera revisión de los estudios incluidos. Juan Camilo Arboleda, Consultor Nacional de Etnicidad de la OPS/OMS en Colombia, quien desempeñó la Coordinación Temática y estuvo a cargo de la segunda revisión de los estudios. Estos profesionales asumieron la contextualización del mapa de evidencias y sus proyecciones en el marco de la política pública de salud del país.

Ana Lorena Niño, bibliotecóloga Coordinadora de la Biblioteca Virtual en Salud de Colombia BVS Colombia de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, a cargo de la coordinación metodológica y la exportación de los resultados del mapa de evidencias y, Jeyson Arismendy, bibliotecólogo de la FUCS, por su aporte en la exportación de los resultados.

La orientación técnica para la implementación de la metodología de Mapas de Evidencia estuvo a cargo de Verônica Abdala, gerente de Servicios de Información de BIREME/OPS/OMS, y de Wilson León, responsable del componente de Gestión del Conocimiento en la iniciativa de Sistemas y servicios.

Contenido

Lista de siglas	6
Lista de gráficas y tablas	7
1. Resumen ejecutivo.....	8
2. Contexto de la interculturalidad en Salud	10
3. Objetivo del Mapa de Evidencias	30
4. Metodología	31
5. Resultados del proceso de elaboración del mapa de evidencias	38
5.1 En la selección de estudios	39
5.2 En la caracterización de los estudios	40
5.3 En la búsqueda y selección de estudios del contexto país	48
6. Análisis principales hallazgos en la agrupación de intervenciones y resultados	50
6.1 Agrupación de intervenciones	60
6.2 Agrupación de resultados	68
7. Implicaciones para la práctica, la investigación y la gestión institucional	71
8. Reflexiones finales	75
9. Referencias bibliográficas	78

Anexos

- No. 1** Primera ecuación de búsqueda
- No. 2** Segunda ecuación de búsqueda
- No. 3** Referencias de estudios seleccionados en el mapa de evidencias

Lista de siglas

AMSTAR-2 Ameasurement Tool to Assess Systematic Reviews.

APS Atención Primaria en Salud.

BIREME Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud.

BVS Biblioteca Virtual de Salud.

CALD Cultural y lingüísticamente diversos.

CONAIE Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador

DeCS Descriptores en Ciencias de la Salud

DPC Desarrollo Profesional Continuo

ECA Ensayos Clínicos Aleatorizados

EINA Estudios No Aleatorizados de Intervención

DNP Departamento Nacional de Planeación

CRIC Consejo Regional Indígena del Cauca,

EBI Educación Intercultural Bilingüe

ECRI Comisión Europea contra el Racismo y la intolerancia

EPSI Empresas Promotoras de Salud Indígenas

FUCS Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

ICHI Clasificación Internacional de Intervenciones en Salud

IPSI Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas

LILACS Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud

MESH Medical Subject Headings

MSPS Ministerio de Salud y Protección Social

MTC Medicinas Tradicionales y Complementarias

MTCI Medicinas tradicionales, complementarias e integrativas

OIT Organización Internacional del Trabajo

ONU Organización de las Naciones Unidas

OMS Organización Mundial de la Salud

ONG Organización No Gubernamental

OPS Organización Panamericana de la Salud

ORAS Organismo Andino de Salud

PAB Plan de Atención Básica

PIC Plan de Intervenciones Colectivas

PICO Paciente, Intervención, Comparación, Hallazgos –outcome en inglés

PRISMA Elementos de Presentación Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metanálisis

RAYYAN Faster Systematic Literature Review

REIS Régimen Especial de Salud Indígena

REMSAA Reunión de Ministros de Salud del Área Andina

SciELO Scientific Electronic Library Online

SGSSS Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISPI Sistema de Salud Propio e Intercultural

UNESCO Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

VPH Virus del Papiloma Humano

Lista de gráficas

Gráfica # 1. Vista general del Mapa de Evidencias sobre Interculturalidad en Salud.

Gráfica # 2. Efectos de las intervenciones.

Gráfica # 3. Nivel de confianza de los estudios seleccionados.

Lista de tablas

Tabla # 1. Características de 39 estudios que identificaron tres o más de las intervenciones y/o de los resultados que obtuvieron mayor cantidad de asociaciones.

1. Resumen ejecutivo

Entendiendo la interculturalidad en salud como un enfoque que “apunta a reconocer y complementar sistemas culturales de salud diferentes, respetando el ámbito de cada uno de ellos, en relaciones de alteridad entre los agentes de los diversos sistemas de salud y garantizando el acceso a ambos servicios de salud en un medio que brinde las mismas condiciones, trato y oportunidades sin distinción de clase, sexo, edad, creencias, etnia o cultura; sintiendo que la libertad del otro es el soporte de mi esencia” (1), se elaboró un mapa de evidencias sobre interculturalidad en salud que tenía como objetivo revisar la evidencia disponible de adecuaciones socioculturales en las intervenciones y los servicios de salud de los sistemas de salud nacionales, que incluyeran elementos y prácticas médicas tradicionales, para garantizar a los grupos étnicos (poblaciones indígenas, afrodescendientes y romaníes) el acceso universal, con equidad, de calidad y sin discriminación, a servicios de salud con pertinencia cultural, respetuosos de sus medicinas tradicionales.

Este mapa surge de la necesidad identificada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Colombia, de contar con información actualizada que evidencie la situación y problemáticas en salud pública de los grupos étnicos del país, así como el acceso de esta población a políticas en salud con enfoque intercultural; información que, además, le brindara herramientas al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) para la toma de decisiones frente a esta población en el marco de la reforma de la salud propuesta.

Para su elaboración, se utilizó la metodología de investigación de Mapa de Evidencias adaptada por el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME/OPS/OMS); proceso que incluyó la búsqueda y selección de estudios, su caracterización, y la representación gráfica de la evidencia analizada (2). Se identificaron así intervenciones y resultados en salud en el contexto de las Américas (principalmente Estados Unidos y Canadá), Europa (Inglaterra, Reino Unido, Suiza) y Oceanía (Australia, Nueva Zelanda), lo que indujo la necesidad de adelantar un análi-

sis conceptual sobre cómo se entiende la interculturalidad en salud o salud intercultural no solamente en Colombia, sino también en estos otros contextos y latitudes. Este informe técnico, además de describir el proceso metodológico para la elaboración del mapa de evidencias, hace un análisis, principalmente cualitativo, de la pertinencia de las intervenciones socioculturales, estrategias, mecanismos y/o metodologías utilizadas y de los resultados evidenciados de adecuaciones socioculturales en las intervenciones y los servicios de salud de los sistemas de salud nacionales; presenta los principales hallazgos y conclusiones, las implicaciones para la práctica, la investigación y la gestión institucional, y ofrece recomendaciones para el MSPS, la OPS/OMS y BIREME, que apoyen la toma de decisiones y la construcción de lineamientos y políticas, basados en la evidencia, para hacer efectiva la interculturalidad en salud en Colombia.

De otra parte, dada la escasa representación de estudios elaborados en Colombia en el mapa (solo dos cumplieron los criterios de selección), y por recomendación de BIREME, posterior a la elaboración del mapa, se amplió la búsqueda de información en repositorios nacionales de universidades, instituciones del sector salud, organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales, para incluir revisiones no sistemáticas, literatura gris y producción local no indexada, y poder brindar así en este informe, un mejor contexto de los avances en materia de interculturalidad en salud por parte de la institucionalidad en salud en Colombia.

Las conclusiones destacan la importancia de fortalecer las estrategias interculturales en salud, promover la inclusión de saberes tradicionales y buscar hacer efectivas en la práctica las políticas públicas para garantizar el acceso a servicios de salud culturalmente pertinentes sin discriminación. El informe recomienda que las instituciones nacionales e internacionales continúen promoviendo investigaciones contextualizadas, documenten y publiquen sus avances y que se fortalezcan las capacidades institucionales para implementar enfoques interculturales efectivos, con el fin de avanzar hacia sistemas de salud más inclusivos y respetuosos de la diversidad cultural y del pluralismo médico.

2. Contexto de la interculturalidad en salud

La interculturalidad en salud, como campo de acción en materia de promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades para las poblaciones étnicas, aunque aparece como relativamente nuevo, sus principios, estrategias y elementos metodológicos han venido siendo trabajados desde el siglo pasado por los distintos países, desde su perspectiva política y social, en búsqueda de garantizar su acceso a servicios de salud de calidad, con equidad y sin discriminación, pertinentes socioculturalmente y respetuosos de sus medicinas tradicionales.

En Europa, desde la perspectiva filosófica (3), lo intercultural ha estado asociado al concepto de “diversidad cultural”; por una parte, con el reconocimiento de la existencia en los países de sociedades multiculturales compuestas por diversas culturas y lenguas que habitan en un mismo espacio geográfico y que no necesariamente estaban relacionadas o que se encontraban con relaciones conflictivas (4) pero a las que había que mejorar las oportunidades de acceso a la educación y lograr su asimilación/integración a través de la generación de empleos, la adquisición de vivienda o el acceso a otros servicios públicos (5); y por la otra, como aquella diversidad generada producto de los movimientos migratorios (6) de refugiados y solicitantes de asilo tras la segunda guerra mundial, de emigrantes alemanes, rusos y griegos procedentes de las anteriores repúblicas soviéticas y Europa del Este y de inmigrantes de las colonias ocupadas por Inglaterra, conformando comunidades cultural y étnicamente diferenciadas, conformadas por minorías inmigrantes, dispersas en el espacio pero concentradas en zonas urbanas marginales (5).

A raíz de la expedición en el año 1992 por parte de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) de la Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas y en donde se parte del hecho que “...todos los Estados tienen en sus territorios nacionales

uno o varios grupos minoritarios caracterizados por su propia identidad nacional, étnica, lingüística o religiosa, que difiere de la identidad de la población mayoritaria...” (7), el concepto de minorías étnicas cobró vigencia en Europa¹, y como no existe una definición jurídica o aceptada internacionalmente del concepto, se empiezan a utilizar como sinónimos del mismo los de grupos étnicos, grupos étnicos y lingüísticos, grupos raciales, grupos minoritarios, personas vulnerables, nacionalidades, minorías nacionales, minorías nacionales y étnicas, minorías raciales y étnicas, minorías indígenas, minorías inmigrantes/migrantes, minorías religiosas, minorías culturales y minorías lingüísticas (5).

Acorde a lo establecido en esta Declaración de la ONU, en el año de 1993 se adelanta una reforma al Convenio Europeo de Derechos Humanos buscando preservar y promover los derechos humanos, la democracia y el Estado de derecho, así como garantizar la estabilidad política y la paz en el continente europeo; convirtiendo así al Consejo de Europa en el guardián de la seguridad democrática y por ende de la seguridad militar (8). Además, buscando proteger los derechos humanos, se crea la Comisión Europea contra el Racismo y la intolerancia (ECRI) -que comienza a operar en el año 1994-, para combatir el racismo, la discriminación racial, la xenofobia, el antisemitismo y la intolerancia y se suscribe el Convenio Marco para la protección de las Minorías Nacionales -que entró en vigor en el año 1998-, concebido para proteger los derechos de las persona pertenecientes a las minorías nacionales, tales como preservar y desarrollar las culturas, religiones y lenguas minoritarias, promover el diálogo intercultural y proteger a las personas pertenecientes a minorías contra la hostilidad o la violencia, entre otros (9).

A partir de esa época, el concepto de diversidad cultural evoluciona hacia el enfoque de diálogo intercultural, introducido en los documentos de política cultural y educativa de la Unión Europea y en los programas que desarrollaba el Consejo de Europa, como un mecanismo para dar respuesta a la coexistencia de estas mayorías y minorías nacionales en Europa, para promover el respeto por los derechos consagrados en el Convenio Europeo de Derechos Humanos (6) y favorecer la cohesión europea. Para algunos estudiosos del tema, el diálogo intercultural fue percibido como un modelo alternativo a las políticas de integración anteriores marcadas por el asimilacio-

¹ Y en países como Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda

nismo y el multiculturalismo, es decir, un paso hacia el interculturalismo, el cual tiene como objetivo establecer un diálogo entre culturas coexistentes; pero para otros, fue visto como un modelo de “integración cívica”² de las minorías inmigrantes para que aprendieran las normas y valores de la sociedad que los había acogido, pero con respeto a la diversidad cultural (10).

En el año 2002 en la Declaración Universal de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) sobre la Diversidad Cultural no solamente se menciona que el respeto a la diversidad, la tolerancia y el diálogo son garantes de la paz y la seguridad internacional, sino que además se introduce el concepto de pluralismo cultural como una respuesta política al hecho de la diversidad cultural, entendido como la interacción armoniosa y voluntad de convivencia de personas y grupos con identidades culturales múltiples, diversas y dinámicas (11).

Posteriormente, en la Declaración de Opatija (2003), firmada por los Ministros responsables de los Asuntos Culturales de los Estados Suscriptores de la Convención Cultural Europea, se define un marco de cooperación europeo con miras a generar las condiciones para la construcción de una sociedad fundada en el diálogo intercultural, el respeto a la diversidad cultural y que favorezca la prevención de conflictos violentos (12).

Así, en el año 2005, en el marco de la reunión de ministros de Europa responsables de los Asuntos Culturales, se adopta la Declaración de Faro (Portugal) sobre la Estrategia del Consejo de Europa para el Desarrollo del Diálogo Intercultural”, el cual se define “...como medio para promover la sensibilización, el entendimiento, la reconciliación y la tolerancia, y para prevenir conflictos y asegurar la integración y la cohesión de la sociedad” y se acuerda la elaboración de un Libro Blanco sobre el Diálogo Intercultural, el cual fue lanzando en el año 2008 por los Ministros de Asuntos Exteriores del Consejo de Europa (13). En dicho libro, se define al diálogo intercultural como un “intercambio abierto y respetuoso de opiniones entre personas y grupos con orígenes y herencias étnicas, culturales, religiosas y lingüísticas diferentes, basado en el entendimiento y el respeto mutuos. Este diálogo se aplica a todos los

²Según el estudio de García [10], el concepto fue desarrollado originalmente en Dinamarca, Francia, Alemania y Países Bajos.

niveles: en el seno de las sociedades, entre las sociedades de Europa y entre Europa y el resto del mundo”. En este documento, el término minoría designa a las personas, incluidos los migrantes, que pertenecen a grupos menos numerosos que el resto de la población y que se caracterizan por su identidad, en particular su etnia, cultura, religión o idioma (14).

Mediante la Decisión nº 1983/2006/CE del Parlamento Europeo y del Consejo Europeo, el año 2008 se declara como el Año Europeo del Diálogo Intercultural, con el objetivo de aumentar la visibilidad del diálogo intercultural e integrarlo en las políticas, las acciones y los programas de la Comunidad europea, respetar y promover la diversidad cultural, mejorar la coexistencia en las sociedades tan diversas y fomentar una ciudadanía europea activa, así como garantizar la igualdad de oportunidades y la no discriminación y promover la participación de cada ciudadano, hombres y mujeres, de cada Estado miembro y de la sociedad europea en su conjunto en pie de igualdad (15). En ese mismo año, debido a la creciente migración internacional que afrontaba Europa y a la sugerencia planteada en el “Libro Blanco sobre el Diálogo Intercultural: Vivir juntos como iguales en dignidad”, de contar con espacios locales de intercambio cultural y debate, se crea el programa de “Ciudades interculturales” encaminado a ayudar a las ciudades a convertirse en lugares de excelencia en materia de diálogo intercultural (14), donde se respete y valore la diversidad cultural y se desarrollen “... políticas de integración que fomenten la cohesión de la comunidad y que conviertan la migración en un factor de desarrollo y no en una amenaza” (16).

Para esta época, el concepto de diversidad cultural empieza a trascender lo cultural/étnico y la dicotomía minorías diversas vs. mayorías nacionales en el marco de los enfoques de integracionismo y multiculturalismo, para entenderse la diversidad como aquella basada en las diferencias culturales, étnicas, religiosas y lingüísticas, asociada a otras dimensiones tales como el género, la identidad sexual, la edad, el status socioeconómico, entre otros, y enmarcada en el enfoque del interculturalismo “...entendido como un modelo político para garantizar la igualdad y la cohesión en sociedades culturalmente diversas. Fomenta la interacción entre personas de diferentes orígenes, culturas y orígenes para construir una identidad colectiva que abarque el pluralismo cultural, los derechos humanos, la democracia, la igualdad de género y la no discriminación” (16).

De otra parte, en el “Libro Blanco sobre el Diálogo Intercultural: Vivir juntos como iguales en dignidad”, se plantea la necesidad que los políticos de las administraciones locales y técnicos de los diferentes cargos de la administración pública cuenten con competencias interculturales para fomentar el diálogo intercultural; en el ámbito educativo, estas competencias implican una combinación de actitudes, conocimientos, y habilidades en las dimensiones cognitivas, afectivas y comportamentales aplicadas a través de la acción, que permiten de manera individual o colectiva responder de manera apropiada, efectiva y con respeto en la interacción y comunicación con personas que se percibe tienen diferentes antecedentes culturales y poder establecer relaciones positivas y constructivas con ellas. En el ámbito empresarial, contar con estas competencias interculturales posibilita el desarrollo de habilidades para hacer diagnósticos de los escenarios profesionales multiculturales donde laboran e interactúan personas de diferentes culturas y para asumir los retos y situaciones que se deriven de la naturaleza multicultural del ámbito laboral. (17).

Habilidades y competencias interculturales que según Barret (2013) incluyen “mentalidad abierta, empatía, capacidad de analizar una situación desde diferentes perspectivas (multiperspectividad), capacidad de adaptarse a nuevas situaciones y cambiar la forma de pensar y actuar (flexibilidad cognitiva), capacidad de percibir y comprender lo que transmite otra persona (conciencia comunicativa), capacidad de adaptar el propio comportamiento a nuevos contextos culturales y habilidades lingüísticas, sociolingüísticas y discursivas, incluidas las habilidades para gestionar las fallas en la comunicación” (18).

En este contexto, en el Consejo de Europa se entendían las competencias interculturales como “el conjunto de herramientas necesarias que se requieren para abordar algunos de los retos que plantea la diversidad en nuestras sociedades actuales, en este caso, los derivados de la llegada, asentamiento y arraigo de personas migrantes y refugiadas, así como los derivados de la intrínseca diversidad cultural de una sociedad en la que conviven minorías étnicas y culturales autóctonas (racismo, exclusión o invisibilización de determinados colectivos)” (17)

En el año 2015, el Comité de Ministros de los Estados miembros del Consejo de

Europa, emite una serie de recomendaciones para que en el contexto de las “ciudades interculturales” se tenga en cuenta el modelo urbano de integración intercultural para el desarrollo de las políticas nacionales de integración de los migrantes o políticas para el diálogo intercultural y la gestión de la diversidad de las poblaciones; enfoque, que plantean las recomendaciones, está basado en instrumentos y normas en materia de diversidad cultural del Consejo de Europa, la protección de las culturas minoritarias, la competencia intercultural, el multilingüismo, la educación intercultural, la lucha contra el racismo y la xenofobia, la prevención de la incitación al odio, el papel de los medios de comunicación en el fomento de una cultura de la tolerancia, la interacción entre los migrantes y las sociedades receptoras y la competencia intercultural en los servicios sociales (19).

Dentro de estas recomendaciones, también se plantea que para llevar a cabo el modelo urbano de integración intercultural se debe tener en cuenta lo establecido en “La ciudad intercultural paso a paso: Guía práctica para la aplicación del modelo urbano de integración intercultural”. En esta guía, se entiende la integración intercultural como aquella “...consistente en la gestión efectiva, positiva y sostenible de la diversidad, sobre la base del reconocimiento recíproco y simétrico, bajo un marco integral de derechos humanos” (16)

En el año 2022, en las recomendaciones del Comité de Ministros de los Estados miembros del Consejo de Europa sobre políticas multinivel (nacional, regional, local) y gobernanza para la integración intercultural, ésta se define como “...el resultado de un conjunto de políticas que buscan ayudar a la sociedad a aprovechar el potencial de la diversidad y gestionar sus complejidades, a considerar las situaciones sociales, económicas y demográficas junto con los objetivos generales de cohesión, estabilidad y prosperidad, y a crear las condiciones para garantizar la igualdad de oportunidades para que los migrantes se integren en los contextos jurídicos, sociales, económicos y culturales de su país de residencia. El modelo de integración intercultural requiere un enfoque holístico que oriente políticas coordinadas y a largo plazo en todos los ámbitos y niveles de gobernanza para promover y garantizar la igualdad de todos los miembros de la sociedad, fomentar un sentido pluralista de pertenencia común mediante la valoración de la diversidad y el fomento de la confianza social, la cohesión comunitaria y la interacción significativa entre personas de diferentes orígenes socioculturales, y facilitar su participación y contribución equitativas a la sociedad” (20).

Además, en el párrafo 29 del anexo de estas recomendaciones, se establece que este modelo requiere que las instituciones y las organizaciones desarrollen competencias y actitudes interculturales, con habilidad para la construcción de intercambios, diálogos y co-diseños basados en valores y objetivos compartidos (20).

En materia de salud, lo intercultural ha estado asociado también al concepto de diversidad cultural y a garantizar a las personas más vulnerables a los problemas de salud -como es el caso de las minorías étnicas- acceso sin discriminación a servicios de salud de calidad y culturalmente pertinentes.

En las recomendaciones del año 2006 del Comité de Ministros de los estados miembros del Consejo de Europa al respecto de los servicios de salud en sociedades multiculturales se plantea:

- vii. promover la inclusión de grupos étnicos minoritarios en programas culturalmente apropiados/adaptados que promuevan la salud y la prevención, así como en la investigación y la gestión de la calidad (21)

Por su parte en las Recomendaciones del año 2022 del Comité de Ministros de los Estados miembros del Consejo de Europa sobre integración intercultural, se plantea que las instituciones y organizaciones de la salud (sanitarias) “...deberían desarrollar competencias y actitudes interculturales entre su personal, alentándolos a adquirir las habilidades que permitan intercambios constructivos, diálogo y codiseño basados en valores y objetivos compartidos en términos de convivencia y lucha contra todas las formas de exclusión y marginación” (20).

En el año 2021, el Consejo de Europa en el documento Marco Modelo para una Estrategia de Integración Intercultural a Nivel Nacional. Estrategias de integración intercultural: la gestión de la diversidad como una oportunidad, plantea que las políticas de integración intercultural en materia de acceso a la atención médica, eliminen todas las desigualdades y la discriminación entre nacionales y residentes extranjeros, incluidos los migrantes indocumentados, así como entre la “mayoría” y las “minorías” (migrantes de segunda generación, minorías nacionales, etc.); ello, en respuesta a lo establecido en las recomendaciones del año 2006 (22).

En el caso de la región de las Américas, fundamentalmente en América Latina, el concepto intercultural se comenzó a utilizar en el campo de la antropología aplicada hacia los años 50's, en el marco de las políticas integracionistas y paternalistas desarrolladas por los Estados hacia los pueblos indígenas (23) y de las teorías y corrientes del indigenismo; se partía del reconocimiento de la existencia de diversas culturas que estaban en contacto con la sociedad hegemónica occidental mayoritaria y de la necesidad de “desarrollarlas” e integrarlas a ella.

Según Dietz (2023) el concepto intercultural aparece es como resultado de los movimientos sociales de los indígenas que buscaban la reivindicación de sus derechos como colectivos y un trato más equitativo en el marco de sociedades reconocidas jurídicamente como pluriculturales y lo define como “una herramienta para indagar críticamente en las relaciones que existen entre diversos grupos humanos que componen una determinada sociedad y que pueden ser definidos en términos culturales, como en el caso de los pueblos originarios, pero que también pueden incluir grupos diferenciados en términos de etnicidad, lengua, nacionalidad, religión, entre otros” (24).

Al finalizar la década de los 80's y principios de los 90's, lo intercultural se asoció con lo que se denominó como política de Educación Intercultural Bilingüe (EBI) promovida por las organizaciones de los pueblos indígenas de países como Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela (entre otros), por las Organizaciones No Gubernamentales y Organismos Internacionales como la OPS/OMS y por los mismos gobiernos (25). Según Walsh (1998) en el ámbito educativo se entendía la interculturalidad como la relación “entre culturas”, trascendiendo el tipo de contacto de carácter impositivo de una cultura “dominante” sobre otra subordinada, discriminada, para establecer un intercambio de conocimientos, saberes, valores y tradiciones en términos de equitativos y en condiciones de igualdad (26), con lo cual se podría entender que como concepto se extendía su ámbito de aplicación no solamente para los pueblos indígenas, sino también para todas las sociedades y/o colectividades de un país.

Dietz (2023) plantea que en el caso de Estados Unidos y Canadá, así como en los países anglosajones (Reino Unido, Irlanda, Australia y Nueva Zelanda), se utilizaba era el concepto educación multicultural, “...que hace énfasis en la composición diver-

sa de la sociedad para visibilizar aquellos grupos que están invisibilizados o excluidos de las instituciones educativas, particularmente, por políticas de segregación que se remontan a la esclavitud”, reconociendo que existe una diferencia cultural, étnica o racial para el desarrollo de acciones afirmativas o de discriminación positiva en favor de las comunidades afroamericanas y de otros grupos históricamente discriminados en Norteamérica (24).

Colombia no estuvo ajena a estos planteamientos y por eso en la década de los 80’s, se empieza también a hablar de la interculturalidad en el campo educativo pero como una característica de la Etnoeducación; concepto que surge en la institucionalidad como derivado de la conceptualización de etnodesarrollo planteado por Guillermo Bonfil Batalla, y que fuera establecido como política oficial -inicialmente para los pueblos indígenas- y entendido como “...un proceso social permanente, que parte de la cultura misma y consiste en la adquisición de conocimientos y el desarrollo de valores y aptitudes que preparan al individuo para el ejercicio de su pensamiento y de su capacidad social de decisión, conforme a las necesidades y expectativas de su comunidad”) (27)

La interculturalidad se definía en esta política educativa como “...una relación de articulación que se establece entre los grupos étnicos y la sociedad hegemónica, y que toma como punto de partida el conocimiento y valoración de elementos propios de la cultura para luego, de manera consciente, conocer y valorar los elementos de otras culturas con las cuales tiene contacto” (28). Es decir, una relación de reconocimiento del otro y sus diferencias, de reconocimiento de la diversidad cultural (pluralismo) y lingüística, de intercambio y apropiación de conocimientos y de transformación de las relaciones de poder basadas en la imposición y la negación hacia unas relaciones de articulación basadas en el respeto, valoración y mutuo enriquecimiento entre las culturas (28).

En el ámbito de la salud, Menendez (2016) plantea que ya desde la década de los 80’s se venían adelantando en los países de América Latina diversas propuestas y acciones de salud intercultural, que buscaban articular la medicina biomédica (occidental) con la medicina tradicional, estableciendo relaciones paralelas, tratando de

reducir o eliminar las relaciones de exclusión, de subordinación y de hegemonía/subalternidad dominantes entre las mismas (29).

Este enfoque, en países como Chile, Bolivia, Ecuador, Perú, Colombia y Venezuela, estuvo orientado –fundamentalmente desde la institucionalidad– al desarrollo de políticas de salud interculturales, que mejoraran las inequidades y condiciones menos favorables de salud de los pueblos indígenas, disminuyeran las barreras de acceso a los servicios de salud y mejoraran su calidad y pertinencia, así como el trato que recibían por parte de los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, entre otros) (30); ello, influenciados tanto por las recomendaciones y exhortos de los Tratados internacionales, Pactos, Convenciones, Declaraciones y Resoluciones emitidas por organismos internacionales (ONU, OPS, OMS y ORAS, entre otros), como por los procesos de reivindicación de los pueblos indígenas frente a sus derechos en salud y al reconocimiento y valoración de su medicina y de quienes la practican.

Se empieza entonces, a partir de los años 90's a visibilizar en las Constituciones de los países de la región la diversidad cultural existente y en los desarrollos normativos en salud la existencia, reconocimiento y pervivencia de las medicinas tradicionales de los pueblos indígenas y como opción alternativa y complementaria con la medicina occidental/biomédica/facultativa/alopática; así como el derecho a participar en el diseño de políticas, programas y modelos de salud que posibiliten la articulación de las medicinas tradicionales con la medicina occidental, a la inclusión del personal propio y de sus sistemas médicos tradicionales en los servicios de salud y al desarrollo de adecuaciones socioculturales en la prestación de servicios de salud.

Con ello, se empieza a entender la salud para las poblaciones indígenas (que luego se amplía a otras poblaciones étnicas) desde una perspectiva integral, que involucra no solo al individuo sino también a la familia y al colectivo, así como lo que la OMS en la Declaración de Ginebra sobre la salud y la supervivencia de los pueblos indígenas denomina las cuatro dimensiones compartidas de la vida, es decir, el espíritu, el intelecto, lo físico y lo emocional: Uniendo estas cuatro dimensiones fundamentales, la salud y el bienestar se manifiestan en múltiples niveles donde el pasado, el presente y el futuro, coexisten simultáneamente (31); y en el marco del enfoque de derechos

como eje de las políticas públicas en salud, es decir la salud como un derecho fundamental que a su vez depende del ejercicio de otros derechos humanos, como los derechos a la vida, a estar libre de toda discriminación, a la igualdad, a la libertad personal, a la integridad personal, a la asociación, a reunirse y a la movilización, a la alimentación, a la vivienda, al empleo y a la educación (32). Ello da pie a la introducción por parte de la OMS del concepto de determinantes sociales de la salud, entendido como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (33); asumiendo posteriormente la etnicidad como un determinante social de la salud al convertirse en un factor estructural que afecta las condiciones de vida de los grupos étnicos.

En este contexto, se introduce el enfoque de interculturalidad como un trazador de políticas públicas en salud, que consiste en “un proceso dinámico y permanente de relación de comunicación, aprendizaje y respeto entre culturas, en condiciones de legitimidad mutua e igualdad; que se construye entre personas y grupos, conocimiento y prácticas culturalmente distintas en torno al proceso salud –enfermedad-atención” (1); enfoque que requiere para su implementación la generación de espacios de diálogo basados en el respeto a la diversidad de formas de entender la salud entre los sistemas médicos tradicionales de los grupos étnicos y los sistemas de salud nacionales, en búsqueda de consensos entre las diferentes culturas y sus prácticas médicas (34); espacios que inicialmente se denominaron diálogos interculturales y que luego la OPS denominara como diálogos de saberes: “los diálogos de saberes, también llamados diálogos interculturales, son procesos de comunicación e intercambio entre personas, grupos o comunidades que provienen de diferentes orígenes o culturas. En el caso del sector de la salud, los intercambios se realizan entre determinados grupos o personas y personal de salud capacitado. Su objetivo es, entre otros, mejorar el acceso a los servicios de salud y construir una salud intercultural, con énfasis en la resolución de problemas previamente planteados y sus causas, la comprensión mutua y la creación de vínculos sólidos” (35).

Esto se coincide con iniciativas relativamente recientes de organismos internacionales por formular políticas y programas acordes con las características, no solamente de los pueblos indígenas sino también de otros grupos étnicos, de manera que con-

tribuyan a superar la situación inequitativa y por consiguiente desventajosa que los afecta en términos de interculturalidad (36).

Así, en el año 2004 se elaboró la Política Andina de Salud Intercultural aprobada por las Ministras y Ministros de Salud del Área Andina a través de la Resolución RE-MSAA XXXIV/490, con el objetivo de “Ofrecer insumos conceptuales y estratégicos que orienten y/o fortalezcan el desarrollo de políticas, planes y programas en salud intercultural en los países andinos; que respondan a la situación y necesidades de salud de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos que conviven en la subregión andina, en el marco del respeto a sus derechos individuales y colectivos, que garanticen el acceso a una atención integral, con pertinencia cultural, de calidad, con igualdad y equidad respecto del conjunto de las personas” (1).

Por su parte, en el año 2017 la OPS elabora la Política de Etnicidad y Salud mediante la cual “... se insta a los Estados Miembros a tomar en cuenta la relación entre la etnicidad y la salud, y a promover un enfoque intercultural que contribuya, entre otros aspectos, a eliminar las barreras de acceso a los servicios y mejorar los resultados de salud de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos, según proceda, teniendo en cuenta sus contextos nacionales, sus prioridades y sus marcos normativos” (37).

En el marco de educación en salud, fundamentalmente en México, se empieza a introducir el concepto de “competencia cultural”, la cual se entiende como “...la habilidad y capacidad para interactuar y negociar con grupos culturalmente diversos, comunicándose de una forma respetuosa y eficaz de acuerdo con las múltiples identidades de los participantes o usuarios, fomentando actitudes de respeto, tolerancia, diálogo y enriquecimiento mutuo, constatando que la verdad es plural y relativa, y que la diversidad puede ser fuente de riqueza”, que lleva a desarrollar conceptos tales como: “ser culturalmente competente”, es decir “...la capacidad del personal de los servicios de salud para fomentar una comunicación respetuosa y eficaz de acuerdo con las múltiples identidades de los participantes y/o usuarios de los servicios, promoviendo para sí mismo y para los usuarios de los servicios, actitudes de respeto, tolerancia y diálogo...”; y “servicios de salud culturalmente competentes” como “... aquellos donde es posible evitar, detectar y eliminar las barreras culturales presen-

tes en el sistema, en los espacios y las perspectivas de los prestadores, fomentando actitudes de respeto, tolerancia y diálogo, permitiendo impulsar la participación social, la comunicación asertiva y el conocimiento de los marcos filosóficos, científicos y culturales que sustentan la cultura, creencias y preferencias de la población, respecto a las prácticas médicas y curativas de la medicina institucional y de otros modelos de atención a la salud diferentes a la medicina convencional, presentes en las preferencias de la sociedad" (30).

En el campo de la enfermería, en la década de los 50 's la enfermera norteamericana Madeleine Leininger, desarrolla la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales (o teoría del cuidado cultural), que da surgimiento a una nueva área en el campo de la enfermería denominada enfermería transcultural y en la década de los 60 's introduce el término "cuidado culturalmente congruente", que es el objetivo principal de la práctica de la enfermería transcultural (38).

Según Mora et al (2024) "la Teoría del Cuidado Cultura (o teoría del Sol Naciente) de Leininger resalta la necesidad de cuidados culturalmente congruentes, que se adapten a las realidades y necesidades de las personas atendidas, promoviendo su bienestar y fortaleciendo la calidad de los servicios de salud". Teoría que además, introduce el enfoque de integralidad en la práctica de enfermería y la importancia de brindar un cuidado transcultural, adaptado a las necesidades, creencias y costumbres de cada persona, respetando la diversidad y la equidad en la atención en salud (39).

Leininger en el año de 1995 define la enfermería transcultural como: "Un área sustantiva de estudio y práctica centrada en los valores, creencias y prácticas comparativas de atención cultural (cuidado) de individuos o grupos de culturas similares o diferentes, con el objetivo de proporcionar prácticas de atención de enfermería universales y específicas de cada cultura para promover la salud o el bienestar, o para ayudar a las personas a afrontar condiciones humanas desfavorables, la enfermedad o la muerte de maneras culturalmente significativas" (38). Texto original en inglés (traducido por el autor mediante IA).

Estos planteamientos de la enfermería transcultural permearon los contenidos de los programas académicos de las facultades de enfermería de los países de Las Américas

y fueron usados como modelo en la práctica de la enfermería dentro de las comunidades indígenas; de otra parte, el enfoque transcultural, al comprender las diferencias culturales existentes y la necesidad de brindar cuidados integrales y de calidad respetando las creencias y valores de las personas, se empezó a asociar con conceptos como comunicación intercultural (cross cultural), interculturalismo, relaciones interculturales y competencias culturales (31).

Por su parte, en Australia y Nueva Zelanda (aunque también en Canadá), desde la década de los 90's se utiliza es el concepto de seguridad cultural, el cual fuera desarrollado por enfermeras maoríes en Nueva Zelanda en la reflexión hecha sobre la práctica de la enfermería desde su perspectiva como minoría indígena y con miras a ayudar a mejorar la calidad de la atención de salud en entornos diversos (40).

En el año 1992 el Consejo de Enfermería de Nueva Zelanda hizo de la seguridad cultural un requisito para la formación de enfermeras y matronas y la definió como “la necesidad de que los médicos se examinen a sí mismos y el impacto potencial de su propia cultura en las interacciones clínicas y la prestación de servicios sanitarios” (40). Concepto que se aleja de los planteamientos de formación en competencia cultural, ya que lo que se busca no es que los profesionales de la salud aprendan las costumbres de los distintos grupos étnicos, sino que hagan conciencia de cuáles son sus propios sesgos, actitudes, suposiciones, estereotipos y prejuicios que pueden estar afectando la calidad de la atención en salud que brindan a sus pacientes y permitiendo el ejercicio del derecho del paciente a determinar si esa atención es o no segura. Es, según Curtis et al (2019), un cambio de pensamiento frente a las relaciones de poder y los derechos de los pacientes (41).

En Australia, en el Acuerdo Nacional para Cerrar la Brecha, la seguridad cultural “... consiste en superar los desequilibrios de poder de los lugares, las personas y las políticas que se producen entre la posición mayoritaria no indígena y la minoría aborígen e isleña del Estrecho de Torres, de modo que no se produzcan agresiones, desafíos o negaciones de la identidad de la persona aborígen e isleña del Estrecho de Torres, de quién es y qué necesita. La seguridad cultural se consigue mediante acciones desde la posición mayoritaria que reconocen, respetan y nutren la identidad cultural única de los aborígenes e isleños del Estrecho de Torres. Sólo la persona aborígen o isleña

del Estrecho de Torres que recibe un servicio o interacción puede determinar si es culturalmente seguro” (42). Texto original en inglés (traducido por el autor mediante el traductor DeepL.com).

En este contexto, el concepto no se limita a los servicios de salud sino que se amplía la protección de la población del Estrecho de Torres a todos los servicios y políticas que con ellos se desarrollen.

En Canadá, “...la seguridad cultural se centra en la experiencia del paciente. Es un resultado basado en una interacción respetuosa que reconoce y busca abordar los desequilibrios de poder inherentes al sistema de salud. Genera un entorno libre de racismo y discriminación, donde las personas se sienten seguras al recibir atención médica” (43).

Finalmente en Colombia (objetivo principal de este mapa de evidencias), en lo que respecta a la atención en salud para los pueblos indígenas, hasta la década de los 80's las acciones estuvieron enmarcadas dentro de lo que podría denominarse “caridad” y “asistencia pública” en instituciones atendidas por religiosos o por funcionarios estatales y solamente a partir de la expedición de la Resolución 10013 de 1981 y posteriormente del Decreto 1811 de 1990, se comienza a reconocer la existencia de la diversidad cultural y a pensar en la necesidad de contar con normas específicas para la prestación de los servicios de salud a las comunidades indígenas, con programas de salud pública acordes con sus características socio-culturales, recuperando e impulsando la medicina tradicional, y con espacios institucionales que apoyaran el desarrollo de estos procesos.

En la década de los 90's al reconocerse constitucionalmente al país como multilingüe y pluricultural, se empiezan a reconocer también un conjunto de derechos que tienen los grupos étnicos dentro del marco de la democracia, participación y justicia social (Constitución Política de 1991); en esta época, Colombia suscribió y ratificó diversos convenios y declaraciones de carácter internacional que comprometen su responsabilidad en materia de salud y demás especificaciones del modelo de vida de las poblaciones indígenas, como es el caso del Convenio 169 de la OIT, ratificado por Colombia mediante Ley 21 de 1991; responsabilidades que luego se extendieron a los demás

grupos étnicos del país (la población de comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras, raizales y el pueblo Rrom-Gitano).

En el sector salud, se adelantaron desarrollos legislativos como la Ley 100 de 1993 (que organiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS bajo el modelo de aseguramiento universal) y sus normas reglamentarias como la Ley 691 de 2001³, que propiciaron el desarrollo de “acciones afirmativas” en salud para los pueblos indígenas (como crear sus propias Empresas Promotoras de Salud EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS indígenas, tener atención gratuita y administrar recursos de la salud) y se empieza, según lo establecido en un documento borrador de Políticas de Atención en Salud para comunidades indígenas, a reconocer en el ámbito de la salud pública la necesidad de adelantar acciones educativas con las comunidades indígenas teniendo en cuenta principios de concertación, interculturalidad, coordinación intersectorial, participación y mejoramiento de la calidad de vida (44). Muchas de las acciones en esta época fueron adelantadas fundamentalmente por los pueblos indígenas, con el apoyo de algunos de los Servicios Seccionales de Salud de los antiguos territorios nacionales (hoy Secretarías de Salud) en la búsqueda de contar con programas y modelos de salud adecuados socioculturalmente elaborados con su participación, la formación de personal de salud propio y la recuperación e impulso de la medicina tradicional; llegando hasta la propuesta, en cabeza del Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC, de la elaboración de un Régimen Especial de Salud Indígena REIS⁴.

Para comienzos del siglo XX, en el marco del Plan de Atención Básica (PAB)⁵, referente a las actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad, en la Circular Externa No.52 de 2002 se determina que para el caso de los grupos étnicos, estas acciones se deben consultar, concertar y orientar hacia su adecuación etnocultural (45).

Para el año 2003, bajo el enfoque de la protección social (más amplio que el anterior de la Seguridad Social) se identifica a los grupos étnicos como poblaciones pobres,

³Producto de los movimientos reivindicatorios del derecho a la salud de los pueblos indígenas

⁴Referente para la creación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural SISPI, que fuera propuesto en el año 2010 en Villeta, en el marco de una Asamblea Nacional de Salud de los pueblos indígenas.

⁵Hoy denominado Plan de Intervenciones Colectivas PIC

vulnerables y excluidas sin la capacidad suficiente para afrontar y superar los riesgos y amenazas de afectaciones a su vida y hacia las cuales se debían adoptar medidas de carácter social para evitar, mitigar y superar los riesgos así como reducir su vulnerabilidad; por ello y en el marco del reconocimiento constitucional de la diversidad cultural y étnica del país, se plantea para estas poblaciones el desarrollo de una “atención diferencial” en salud, orientada a posibilitar la pervivencia y fortalecimiento de sus culturas. Según lo citado de un documento inédito por Carrioni (2004)⁶ este planteamiento “...permitió reconocer la existencia de sistemas y dinámicas propias de salud al interior de las comunidades y hacer acopio de los recursos materiales y culturales de las culturas locales y los conocimientos técnicos de las instituciones para construir los procedimientos y metodologías con los sujetos étnicos. Igualmente permitía la posibilidad de acceder a la doble opción de la medicina facultativa y/o la medicina tradicional ya que estos sistemas deben coordinarse y desarrollar acciones complementarias, mediante la mutua comprensión, valoración y respeto. Requería además de procesos de adecuación de los servicios de salud a las especificidades culturales, a las dinámicas de salud generadas desde los equipos de salud indígena y de la cualificación a los funcionarios en el reconocimiento, comprensión y respeto de las particularidades étnicas para tener salud y de la identificación del recurso humano en medicina tradicional para su formación, fortalecimiento intercultural de conocimientos externos e internos para la formulación e implementación de los modelos de atención intercultural en salud” (46).

No obstante, dentro de esta perspectiva, se seguía entendiendo a los grupos étnicos como minorías poblacionales, que debían ser “integradas” al SGSSS; por lo tanto, se debía propiciar un cambio tanto en la visión que se tenía de estos grupos como en las relaciones que la sociedad hegemónica o dominante colombiana había establecido con ellos, esto último no en términos de dependencia e integración, sino de reconocimiento, respeto y conjunto crecimiento, en un ámbito de “...Interculturalidad de Articulación o de Interrelación, que propicie el respeto hacia la diversidad cultural, la crítica, el diálogo argumentativo y el reconocimiento del otro como diferente, más no inferior (Relaciones de Mutualidad). En este sentido, no se habla de culturas más o menos desarrolladas, simplemente diferentes, en donde se parte del conocimiento y valoración de la cultura propia, para luego acceder a los saberes y conocimientos de otras cul-

⁶[Institución desconocida]. Atención Diferencial en Salud para Grupos Étnicos de Colombia [comunicación personal/documento no localizado]. [s.f.]. *No disponible para consulta pública*.

turas con las cuales se interactúa. Ello implica la necesidad de Recuperar y Revalorar algunos aspectos de la cultura propia, de Apropriarse de elementos de otras culturas y de Generar nuevas alternativas a partir del análisis de su contexto histórico” (46)

En este contexto, la interculturalidad en salud se planteaba (47) como una alternativa frente a la problemática de salud que aquejaba a los pueblos indígenas⁷ a través del desarrollo de programas que puedan acudir tanto a la medicina facultativa como a su medicina tradicional y en la que se desarrollen relaciones interculturales de mutua valoración, reconocimiento y respeto entre ambas medicinas, donde los individuos puedan tomar decisiones sobre sus necesidades en materia de atención integral en salud partiendo del hecho que poseen unas especificidades que se deben reconocer, recuperar y valorar desde una posición crítica pero que también existen elementos y recursos de las otras culturas que les son necesarios y apropiados para el mejoramiento de su calidad de vida y el enriquecimiento de su cultura. Interculturalidad como mecanismo de protección de la etnicidad, pero también como estrategia de construcción de modelos integrales de atención, para implementar procesos de formación y recuperación en salud y garantizar el derecho a la salud a partir de las necesidades locales y la concertación y construir puentes de entendimiento y respeto como camino hacia la paz, la equidad y justicia social (46).

Durante esta época, desde el Ministerio de Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social), se comienza a apoyar el desarrollo de modelos de salud interculturales, enfocados hacia: la caracterización en salud desde la medicina tradicional y la occidental, la identificación de prácticas y saberes propios, la elaboración de perfiles epidemiológicos socioculturales, la adecuación de los programas de salud pública y/o de los servicios del SGSSS, la caracterización y diagnóstico de sabedores y su red, la elaboración de protocolos de atención desde lo tradicional y de intervención intercultural, el diseño instrumentos de caracterización y recolección de información, la identificación de problemas y priorización de las acciones en salud y sus determinantes, la elaboración de procesos de articulación medicina tradicional y occidental y de códigos de ética y/o mandatos de salud, entre otros aspectos (48).

⁷Posteriormente el ámbito de este concepto se amplía para cobijar a las poblaciones negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y gitanas

Con la expedición de la Ley 1448 de 2011, se introduce en el Gobierno Nacional el concepto de “enfoque diferencial”, asumido como un método de análisis, de actuación y de evaluación de la población en situación de desplazamiento para garantizar el goce efectivo de sus derechos; posteriormente, se empieza a hablar de enfoque diferencial de derechos en la gestión pública, traducido en acciones afirmativas, de discriminación positiva y acción sin daño⁸ para la protección de los derechos individuales y colectivos de algunas poblaciones, incluidos los grupos étnicos, las personas con discapacidad y las personas en situación de desplazamiento y reducir las desigualdades sociales, económicas, de género o culturales, buscando dejar atrás los enfoques asistencialistas (49) y de un enfoque diferencial étnico, que según el Departamento Nacional de Planeación (DNP 2016) “...remite a una perspectiva integrada de análisis, reconocimiento, respeto y garantía de los derechos individuales y colectivos de todos los grupos étnicos existentes en el país, haciendo énfasis en la igualdad de oportunidades desde la diferencia, la diversidad y la no discriminación” (50).

En el marco de la reforma al SGSSS se introduce el concepto de enfoque diferencial como un principio que “...reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación” (Ley 1438 de 2011, Artículo 3, numeral 3.6) y en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), se define la interculturalidad como un principio “...que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud” (Ley 1438 de 2011, Artículo 13, numerales 13.1 y 13.7).

En el año 2015, en el marco de la Ley 1751 Estatutaria de Salud (51) se plantea como un principio la “Interculturalidad, entendida como el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de

⁸Concepto desarrollado por operadores humanitarios y agencias de cooperación internacional

vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global”; y se plantea la necesidad de proteger y garantizar tanto el derecho a la salud integral de los pueblos indígenas, según sus propias cosmovisiones y conceptos que desarrolla el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), como el derecho a la salud como fundamental de las comunidades ROM, negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras aplicado de manera concertada y respetando sus costumbres.

En este contexto, mientras que para los indígenas se desarrolla un Sistema de salud propio e intercultural denominado SISPI, donde la interculturalidad, como principio, se define como “...la comunicación y coordinación comprensiva entre los diferentes saberes y prácticas de los pueblos y las instituciones del SGSSS, que genera el reconocimiento, la valoración y el respeto a su particularidad, en el plano de la igualdad, armonía y equilibrio” (52), para los demás grupos étnicos se plantea que al estar legalmente reconocidos en Colombia (comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales y pueblo Rrom) la normatividad que beneficia a los pueblos indígenas se les debe aplicar de manera equitativa, respetando sus diferencias y evitando la discriminación (53), por lo tanto, para ellos se plantea es el desarrollo de acciones de atención integral en salud con enfoque diferencial étnico e intercultural, entendiendo la interculturalidad (tal como lo plantea la UNESCO en el año 2006) como “...un concepto dinámico y se refiere a las relaciones evolutivas entre grupos culturales. Ha sido definida como “la presencia e interacción equitativa de diversas culturas y la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, adquiridas por medio del diálogo y de una actitud de respeto mutuo. La interculturalidad supone el multiculturalismo y es la resultante del intercambio y el diálogo Intercultural en los planos local, nacional, regional o internacional”, y el enfoque diferencial como el derecho a ejercer una ciudadanía desde la diferencia, en escenarios de una democracia participativa, de inclusión igualitaria de ciudadanos y ciudadanas en la escena política y en la toma de decisiones en la esfera privada y pública (54) (definiciones y conceptos que han sido utilizadas en el ámbito de la salud pública por el Ministerio de Salud y Protección Social Colombia (2015) para el desarrollo de políticas para estas poblaciones) (55).

3. Objetivo del mapa de evidencias

La OPS en Colombia, propone adelantar una investigación –utilizando la metodología de mapa de evidencias- para contar con información actualizada que evidencie la situación y necesidades en salud pública de los grupos étnicos del país (pueblos indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y pueblo Rrom) y los avances en materia de acceso de esta población a las políticas, planes, programas y proyectos y a la prestación de servicios y a la atención en salud con enfoque intercultural.

Información que le permitiera a la OPS contar con elementos para dar cuenta del desarrollo en Colombia de intervenciones sobre la inclusión de las medicinas tradicionales en los sistemas de salud nacionales y de adecuación cultural de acciones de salud pública; y le brindara herramientas al Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia para la toma de decisiones en el marco de la reforma de la salud propuesta por el gobierno actual.

Así, se definió la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo desarrollar adecuaciones socioculturales en los servicios de salud que incluyan las medicinas tradicionales de los grupos étnicos?

Estableciendo como objetivo del Mapa de Evidencias sobre Interculturalidad en Salud el adelantar una búsqueda y revisión de la evidencia disponible en materia de adecuaciones socioculturales en las intervenciones y los servicios de salud de los sistemas de salud nacionales, que incluyan saberes, conocimientos, prácticas, practicantes, insumos u otros elementos relacionados con las medicinas tradicionales de las poblaciones indígenas, afrodescendientes y romaníes.

4. Metodología

Para la elaboración del Mapa de evidencias sobre Interculturalidad en Salud, se utilizó la metodología de investigación de Mapa de Evidencias adaptada por BIREME; metodología que busca llevar a cabo una traducción del conocimiento científico mediante la sistematización y representación gráfica de la evidencia científica analizada en estudios de revisión en un área específica, con relación al efecto de intervenciones para resultados de salud; metodología que tiene algunas características de la metodología de revisión sistemática, pero que no es una revisión sistemática (2).

Se partió de la formulación de una pregunta de investigación acorde con el objetivo planteado: ¿Cómo desarrollar adecuaciones socioculturales en los servicios de salud que incluyan las medicinas tradicionales de los grupos étnicos? y para dar respuesta a ella, se adelantó una revisión de alcance, siguiendo y adecuando las cuatro etapas definidas en la metodología de mapa de evidencias: 1. Búsqueda bibliográfica y selección de estudios; 2. Caracterización y evaluación de los estudios; 3. Matriz de intervenciones y hallazgos; y 4. Procesamiento y publicación.

4.1 Búsqueda bibliográfica y selección de estudios

Para adelantar la búsqueda bibliográfica se partió de la selección de los descriptores, conceptos y/o términos por intervención y resultados que debían ser utilizados y se elabora una ecuación de búsqueda usando términos DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y aquellos propios de la interculturalidad en salud; se acuerda adelantar una búsqueda bibliográfica amplia de revisiones sistemáticas en las bases de datos BVS, PubMed y Redalyc, desde el año 2014 hasta el año 2024 inclusive, sin restricción de idioma ni de país o región del mundo.

Con esta ecuación (Anexo No. 1), se recuperan 357 estudios, 11 en la BVS y 346 en PubMed que se cargan en la plataforma Rayyan, para la revisión de abstracts (resúmenes) y selección; se observa una escasa recuperación de estudios de Co-

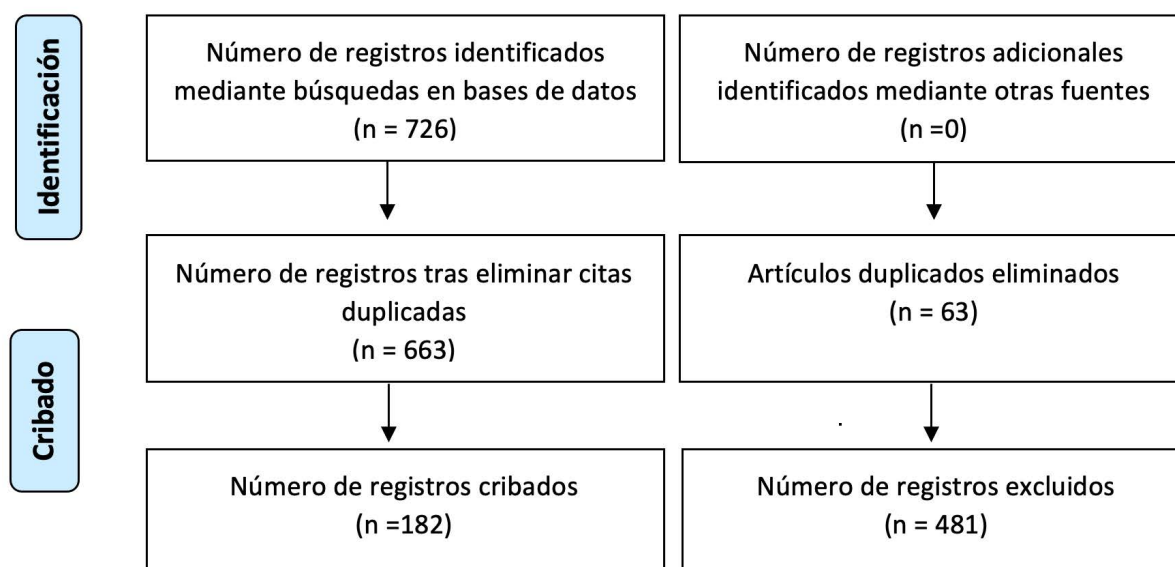
lombia (solo 8) y de América Latina (solo 25), que utilizan la metodología de revisión sistemática y se decide ajustar la ecuación de búsqueda, hacer una nueva búsqueda en otras bases de datos (Google Scholar, Epistemonikos, Scielo y Biblioteca Cochrane) y ajustar el criterio de selección para incluir no solamente estudios de revisión sistemática, sino también estudios que utilizaron otras metodologías de revisión u otros tipos de revisiones cualitativas y a la denominada literatura gris.

Se elabora la ecuación de búsqueda utilizando menos descriptores y pocos términos y sinónimos, buscando encontrar más estudios de Latinoamérica, complementar la información y tener un panorama más completo. Con esta nueva ecuación (Anexo No. 2) se recuperaron 343 estudios, 200 de la BVS Colombia, 31 de BVS regional (adicionales a los 11 ya cargados), 25 de Cochrane, 82 de Epistemonikos y 5 de Scielo, que se cargaron en la plataforma Rayyan.

En total, se importaron a la plataforma Rayyan 726 estudios y se eliminaron 63 duplicados, quedando 663 para revisión y selección (357 del primer cargue y 306 del segundo cargue).

Para la selección de los estudios se determina contar con dos revisores y se definen como criterios de inclusión que los estudios tengan que ver con el tema de investigación, sean una revisión sistemática, posean al menos una intervención, incluyan intervenciones que no han dado resultados positivos y estén publicados en inglés, español y portugués. Como criterios de exclusión, que el estudio no tenga que ver con el tema de investigación o esté publicado en idiomas que no sean del conocimiento de los dos lectores (como por ejemplo chino o mandarín).

Luego de la revisión de los abstracts (resúmenes) de los 663 estudios y la resolución de los conflictos presentados en la selección por parte de los dos lectores, se seleccionaron 182 estudios (27,5%) y se excluyeron 481 (72,5%) que no cumplieran con alguno de los criterios de selección definidos.



4.2 Caracterización y evaluación de los estudios

Para la caracterización de los estudios, se adelantó la exportación desde Rayyan de los 182 resultados seleccionados y se subieron a una plantilla de caracterización, en la cual, luego del ejercicio de revisión del texto completo de estos estudios, se identificaron para cada uno, las intervenciones, los resultados, la población, país de publicación, país foco de los estudios y los efectos.

En este proceso, 77 de estos estudios fueron excluidos, quedando finalmente 105 estudios seleccionados (Listado en el Anexo No. 3).

Para evaluar la calidad metodológica de los 105 estudios seleccionados y su confiabilidad, tal como lo establece la metodología de mapa de evidencias, se procedió a diligenciar la herramienta Ameasurement Tool to Assess Systematic Reviews AMSTAR-2 para cada uno de ellos; vale la pena aclarar que hubo necesidad de adecuar la forma de aplicar esta herramienta, debido a que muchas de las 16 preguntas que contiene, tal como estaban redactadas o la información que solicitaban, no aplicaban a la mayoría de los estudios seleccionados, ya que éstos, la mayoría cualitativos, aunque fueron elaborados con rigurosidad metodológica no

necesariamente se habían diseñado para investigar el efecto de una intervención, medicamento o exposición en la salud de la población, ni incluían ensayos clínicos aleatorios o estudios no aleatorizados, ni aplicaban meta análisis, ni evaluaban el impacto de riesgos de sesgos.

Una vez finalizado el proceso de diligenciamiento de la herramienta AMSTAR2, se procedió a trasladar la información a la matriz de caracterización, quedando asignado el nivel de confianza de los 105 estudios de la siguiente manera:

Alta = 16	La Revisión Sistemática proporciona un resumen exacto y completo de los resultados de los estudios disponibles.
Media (moderada)= 66	La Revisión Sistemática tiene debilidades, pero no hay defectos críticos, pudiendo proporcionar un resumen preciso de los resultados de los estudios disponibles.
Baja = 15	La Revisión Sistemática puede no proporcionar un resumen exacto y completo de los estudios disponibles
Críticamente Baja (muy bajo) = 8	La Revisión Sistemática no es confiable

4.3 Matriz de intervenciones y hallazgos

Se identificaron 55 tipos de intervenciones que se agruparon en diez (10) categorías, apuntando a identificar estrategias intersectoriales, de adecuación sociocultural y normativa, de formación y uso del personal de salud propio de las comunidades e institucional (profesionales de la salud, tomadores de decisiones e investigadores del sector salud), de participación de la población y para el diálogo de saberes, así como para la articulación entre la medicina tradicional y la occidental, la inclusión de las medicinas tradicionales en los servicios de salud y la elaboración de modelos de salud, propios e interculturales.

Una vez definidas las categorías y agrupadas las intervenciones se procedió a su codificación, quedando la matriz de intervenciones de la siguiente manera:

Code	Interventions Group	Code	Interventions
A	Adecuación sociocultural de servicios de salud	A1	Comunicación culturalmente adecuada
		A2	Personal de las comunidades
		A3	Entornos culturalmente seguros
		A4	Flexibilidad en la atención
		A5	Infraestructura culturalmente adecuada
		A6	Materiales educativos adaptados poblacionalmente
		A7	Metodologías de atención culturalmente adecuadas

Code	Interventions Group	Code	Interventions
		A8	Prestación de servicios adaptados poblacionalmente
		A9	Registro médico culturalmente adecuado
		A10	Uso de personal bilingüe/intérpretes
		A11	Uso de plantas medicinales
B	Acciones intersectoriales	B1	Creación de contenidos con enfoque intercultural
		B2	Abordaje de los determinantes sociales
		B3	Tecnologías de información y comunicación
		B4	Prestación de servicios en Telemedicina
C	Dialogo de Saberes	C1	Análisis intervenciones y practicas comunitarias
		C2	Consulta con las comunidades
		C3	Intercambio de experiencias y conocimientos
		C4	Retroalimentación de propuestas
D	Formación intercultural	D1	Centros de formación culturalmente adecuados
		D2	Formación personal de salud institucional
		D3	Formación en competencias interculturales
		D4	Formación miembros de las comunidades
		D5	Formación personal de salud propio de las comunidades
		D6	Metodologías de formación
E	Gestión intercultural en salud	E1	Adecuación institucional
		E2	Adecuación normativa
		E3	Análisis situación de salud intercultural
		E4	Desarrollo de programas de formación
		E5	Participación en desarrollo de políticas
		E6	Presupuesto
		E7	Sistemas de información adecuados
F	Investigación Participativa Comunitaria	F1	Documentación de evidencias
		F2	Investigación culturalmente apropiada
		F3	Participación comunitaria en investigación
G	Modelos de atención en salud	G1	Modelos de salud interculturales
		G2	Modelos de salud propios
H	Participación comunitaria	H1	Participación comunitaria en decisiones
		H2	Participación de familias en servicios
		H3	Participación del paciente
		H4	Participación en elaboración de programas

Code	Interventions Group	Code	Interventions
I	Personal de salud	H5	Programas desarrollados por las comunidades
		H6	Uso redes de apoyo comunitarias
		I1	Profesionales y trabajadores de salud
		I2	Funcionario como enlace comunitario
J	Uso de Agentes Comunitarios	J1	Agentes Comunitarios de Salud
		J2	Ancianos
		J3	Autoridades indígenas
		J4	Consejeros espirituales
		J5	Defensores culturales
		J6	Líderes comunitarios
		J7	Mediadores culturales
		J8	Médicos tradicionales
		J9	Parteras
		J10	Trabajadores de salud indígenas

En cuanto a los resultados, se definieron 27 tipos de resultados que se agruparon en 6 categorías, teniendo en cuenta si las intervenciones en salud adelantadas se adaptaron a las concepciones, actitudes y prácticas de los grupos étnicos garantizando su bienestar (Buen vivir) y el mejoramiento de su calidad de vida, propiciaron la articulación y complementación entre los sistemas de salud nacionales y los sistemas médicos tradicionales, garantizaron el acceso a servicios de salud oportunos, de calidad, con equidad y sin discriminación, se disminuyeron las barreras de acceso y las inequidades en salud, se le permitió a los grupos étnicos una mayor gobernabilidad sobre la definición, desarrollo y control de servicios de salud interculturales y si se brindó a los tomadores de decisiones elementos para el desarrollo de políticas que fomenten la interculturalidad en salud.

Una vez definidas las categorías y agrupados los resultados se procedió a su codificación, quedando la matriz de resultados de la siguiente manera:

Code	Outcomes Group	Code	Outcomes
K	Sumak Kawsay - Buen vivir	K1	Mejóro la calidad de vida
		K2	Mejóro habilidades de autocuidado
		K3	Reconocimiento valores, creencias, conocimientos propios
		K4	Relaciones de salud interculturales
L	Equidad en salud	L1	Disminución barreras de acceso

Code	Outcomes Group	Code	Outcomes
		L2	Disponibilidad suficiente de recursos
		L3	Mejóro competencia cultural en prestación de servicios
		L4	Reducción inequidades en salud
M	Gobernabilidad en salud	M1	Administración servicios por las comunidades
		M2	Desarrollo de alianzas estratégicas
		M3	Investigación basada en la comunidad
		M4	Programas desarrollados comunitariamente
		M5	Prestación de servicios a cargo de las comunidades
N	Políticas interculturales	N1	Articulación medicinas tradicional-occidental
		N2	Consulta y concertación de acciones
		N3	Formulación de políticas en interculturalidad en salud
P	Promoción en la salud	P1	Acciones de atención primaria en salud
		P2	Desarrollo de programas saludables
		P3	Mejora en indicadores de salud
Q	Servicios de salud	Q1	Aumenta aceptación y uso de servicios
		Q2	Acceso servicios con pertinencia cultural
		Q3	Aumento de la participación comunitaria
		Q4	Inclusión de las medicinas tradicionales
		Q5	Inclusión personal de salud tradicional
		Q6	Uso espacios de atención adecuados
		Q7	Mejóro calidad y eficacia de servicios

4.4 Procesamiento y publicación del mapa

Para la presentación del mapa de evidencias, se elaboró un resumen de los principales hallazgos y se incluye un apartado con la fecha de elaboración del mapa, la metodología utilizada y el equipo de trabajo que participó.

Se adelantó por parte de BIREME el procesamiento de la información y se publicó el mapa de evidencias en la BVS Colombia, el cual se puede consultar en: <https://www.bvscolombia.org/mapa-de-evidencias-interculturalidad-en-salud/>

5. Resultados del proceso de elaboración del mapa

5.1 En la selección de estudios

En la elaboración de la ecuación de búsqueda se evidenció que los términos que se utilizan en el campo de la interculturalidad en salud, la mayoría propios de la región de las Américas, no están normalizados o se agrupan en palabras normalizadas que junto con sus definiciones no aplican ni se ajustan a todas las poblaciones étnicas y que por lo tanto la evidencia existente no necesariamente está bien catalogada con lo cual se podría estar generando un vacío de conocimiento.

De hecho, sólo 14 (13%) de los 105 estudios seleccionados, mencionan aspectos relacionados con la articulación entre las medicinas tradicionales y la medicina occidental/alopática o su inclusión en los servicios de salud, con el énfasis exclusivo para población indígena.

En cuanto a los criterios de inclusión, la metodología de mapa de evidencias establece como indispensable, que los estudios sean revisiones sistemáticas, que partan de una pregunta de investigación y que proporcionen evidencias científicas de la efectividad clínica de las intervenciones para el mejoramiento de la salud de la población. No obstante, vale la pena mencionar que el concepto de revisiones sistemáticas se ha popularizado tanto que se han comenzado a incluir dentro de ese concepto distintos tipos de revisiones que no necesariamente definen una pregunta de investigación, tales como las revisiones de literatura, narrativas, rápidas, de alcance o exploratorias (scoping review), entre otras.

Por ello, se amplía el criterio de selección a estudios que utilizaron otras metodologías de revisión, otros tipos de revisiones cualitativas o de literatura gris; encontrando que el 20% de los estudios, en el estricto sentido de su definición, no clasificaron como revisiones sistemáticas y el 39% se catalogaron como revisiones cualitativas de literatura, empíricas, bibliográficas, exploratorias, narrativas, integradoras o de alcance; 41% colocan en el título del estudio ser una revisión sistemática, pero solo 15 de ellos (6.15%) incluyen Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA) y Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA).

Estos estudios, aunque no necesariamente hacen revisiones de ECA y EINA –tal como lo establece la metodología de revisiones sistemáticas–, si siguieron una metodología rigurosa y acogieron para su publicación algunos o todos los “Elementos de Presentación Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metanálisis” o lista de verificación PRISMA⁹ (por su sigla en inglés); algunos parten de una pregunta de investigación incluyendo alguno de los componentes PICO (Paciente, Intervención, Comparación, Hallazgos –outcome en inglés) y los que no la formulan, definen su objetivo o cuentan con criterios de inclusión que utilizan algunos de estos componentes; también definen criterios de exclusión, hacen una buena búsqueda en bases de datos, colocan intervenciones y resultados y hacen fundamentalmente un análisis cualitativo –pero no meta análisis–.

Finalmente, 558 estudios (84.16%) de los 663 recuperados –481 en la revisión de abstracts y 77 en la revisión del texto completo–, fueron excluidos; las principales razones para ello fueron:

- plantear que se deben hacer más estudios e investigaciones para verificar los resultados, ya que éstos no son conclusivos (216, clasificados como wrong outcome);
- incluir como población a migrantes, inmigrantes y refugiados hispanos y latinos, minorías étnicas, grupos minoritarios raciales, grupos étnicos minoritarios, población marginada, grupos vulnerables o minorías de género, que en Colombia no son considerados como grupos étnicos ni reconocidos legalmente como tales; además, para los grupos étnicos colombianos (pueblos indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y gitanos) este tipo de denominaciones poblacionales generan más discriminación (147 clasificados como wrong population);
- presentar resultados y hallazgos que no brinden recomendaciones, estrategias, elementos o propuestas para dar respuesta a la pregunta de investigación planteada (64, clasificados como wrong study design)
- estar por fuera del período de tiempo definido (2014-2024) (51, clasificados como wrong study duration)
- desarrollar temáticas que no son adecuadas ni pertinentes para la situación de salud de los grupos étnicos de Colombia (6 wrong publication type).

⁹PRISMA no es un protocolo ni se utiliza para verificar la calidad metodológica, sino que es una guía, una lista de verificación para la elaboración y/o publicación de las revisiones sistemáticas.

Otras razones para su exclusión, evidenciadas posterior a la lectura completa del estudio seleccionado, fueron:

- solo analizar las barreras de acceso a los servicios de salud;
- ser una revisión del estado del arte de alguna problemática en salud, pero sin incluir en sus conclusiones estrategias o mecanismos para su resolución;
- no describir las intervenciones ni especificar si los resultados del estudio son aplicables y/o se pueden adecuar a las poblaciones étnicas;
- manejar conceptos como “cultural congruence”, “culturally congruent care”, “culturally and linguistically diverse CALD”, “culturally competent care” o “cultural safety”, que son de uso común en otros países como Australia o Nueva Zelanda, pero que no necesariamente forman parte del lenguaje de la interculturalidad en salud en la región de las Américas o que en su traducción al español pueden tener otro significado.

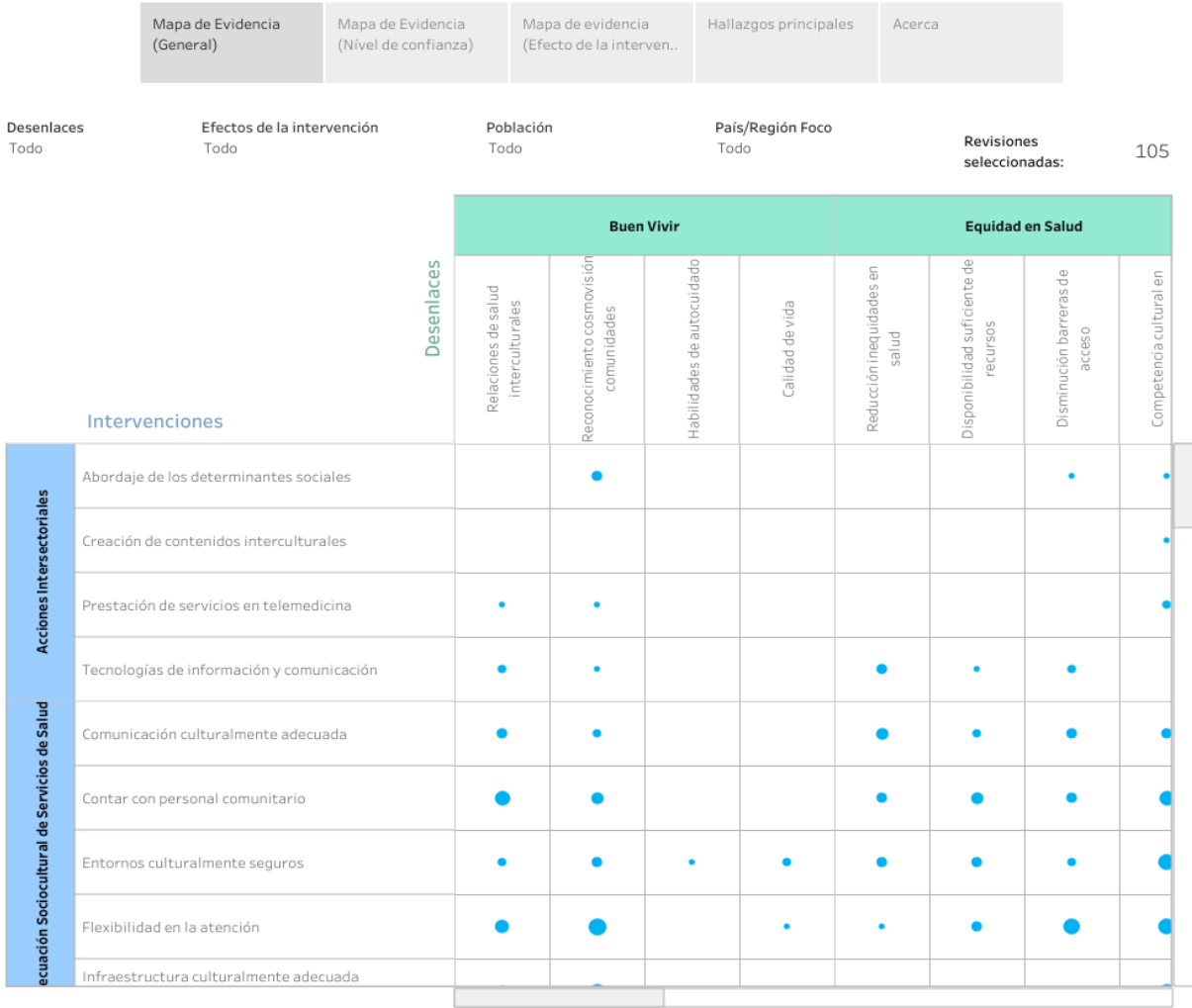
5.2 En la caracterización de los estudios

Según la OMS (56), la Clasificación Internacional de Intervenciones en Salud (ICHI) es una herramienta común para informar y analizar las intervenciones sanitarias con fines clínicos y estadísticos e incluye intervenciones sobre: diagnóstico, médicas, quirúrgicas, de salud mental, de atención primaria, de salud aliada, de apoyo al funcionamiento, de rehabilitación, de medicina tradicional y de salud pública.

Por las características de este mapa de evidencias, la pregunta de investigación planteada no se formuló para identificar intervenciones clínicas, ni hacer estudios comparativos de sus resultados, se buscaba era identificar las intervenciones socioculturales, estrategias, mecanismos o metodologías que en el ámbito de la interculturalidad en salud desarrollan los servicios de salud para garantizar, en este caso a los grupos étnicos, el acceso universal, con equidad, de calidad y sin discriminación, a servicios de salud con pertinencia cultural, respetuosos de sus medicinas tradicionales.

Mapa de Evidencias Interculturalidad en Salud

BIREME/OPS/OMS, Representación OPS/OMS de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia



Clic para acceder las evidencias

Título	País de Publicac..	Nivel de Confianza	Base de Datos
A PRISMA-Driven Systematic Review for Determining Cross-Cultural Mental Health Care	Reino Unido	Moderada	Medline
A scoping review of literature exploring factors affecting vaccine uptake within Roma communitie..	Irlanda	Moderada	Medline
A scoping review of school-based indigenous substance use prevention in preteens (7-13 years)	Inglaterra	Moderada	Medline
A scoping review protocol on social participation of indigenous elders, intergenerational solidarity..	Canadá	Moderada	Medline
A systematic review of barriers and facilitators to participation in randomized controlled trials by ..	Inglaterra	Moderada	Medline
A Systematic Review of Culturally Competent Family Violence Responses to Women in Primary Care	Australia	Moderada	Medline
A systematic review of mental health care workers' conceptions about culturally and linguistically ..	Estados Unidos	Moderada	Medline

Gráfica # 1. Vista general del Mapa de Evidencias sobre Interculturalidad en Salud. Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; Representación OPS/OMS Colombia. Mapa de Evidencias sobre Interculturalidad en Salud [Internet]. São Paulo: BIREME/OPS/OMS; Abr 2025. Disponible en: <https://www.bvscolombia.org/mapa-de-evidencias-interculturalidad-en-salud/>

Tal como se observa en la gráfica No. 1, se identificaron como grupos de intervenciones, estrategias intersectoriales (B=15 estudios, 14.28%), acciones de adecuación sociocultural (A=82 estudios, 78.09%) y para la gestión de la inter-

culturalidad en salud (E=24 estudios, 22.85%), actividades de formación intercultural (D=63 estudios, 60%), uso del personal de salud propio de las comunidades (J=39 estudios, 37.14%), de los profesionales de la salud y tomadores de decisiones (I=7 estudios, 6.66%), la participación de la población en el diseño de los programas de salud (H=51 estudios, 48.57%), en la investigación (F=10 estudios, 9.52%) y para el diálogo de saberes (C=11 estudios, 10.47%), así como la elaboración de modelos de atención en salud que articulen la medicina tradicional y la occidental o propicien la inclusión de las medicinas tradicionales en los servicios de salud (G=31 estudios, 29.52%).

Y se buscó identificar como resultados, más que clínicos, funcionales, mentales o los producto de una enfermedad, evidencias de adecuaciones socioculturales en las intervenciones y los servicios de salud de los sistemas de salud nacionales, que incluyeran saberes, conocimientos, prácticas, practicantes, insumos u otros elementos relacionados con las medicinas tradicionales de las poblaciones indígenas, afrodescendientes y romaníes; así, se agruparon los resultados en acciones adelantadas o propuestas de acciones para garantizar el acceso con equidad, de calidad y sin discriminación a los servicios de salud (L=64 estudios, 60.95%) y garantizar la gobernabilidad en salud de las comunidades (M=11 estudios, 10.47%), así como propiciar: el Buen Vivir y mejorar la calidad de vida (K=39 estudios, 37.14%), la articulación entre las medicinas tradicionales y el sistema de salud desarrollando políticas que fomenten la interculturalidad en salud (N=31 estudios, 29.52%), las acciones de promoción de la salud (P=27 estudios, 25.71%) y los servicios de salud culturalmente adecuados (Q=69 estudios, 65.71%).

En la lectura de la mayoría de los estudios recuperados se identificó que éstos, se adelantan en el campo de la salud pública para evidenciar intervenciones de patologías concretas pero no por adherencia a modelos o a sistemas de salud de origen étnico o intercultural; que hace falta un enfoque étnico y social en las intervenciones de salud, que aún existe la discriminación en la atención médica y que se debe trascender lo normativo y conceptual así como el énfasis en la adecuación intra hospitalaria y en la integración de las medicinas tradicionales,

para hacer efectivas, en la práctica, políticas públicas con enfoque intercultural que articulen las medicinas tradicionales con la medicina alopática/hegemónica/occidental.

En materia de población, de los 663 estudios revisados, la mayoría de ellos (551) se refieren a minorías étnicas (minorías, minorías raciales, grupos étnicos minoritarios, grupos vulnerables, hispanos y latinos, así como con asiáticos, chinos o coreanos migrantes), 212 a indígenas (usando como sinónimos denominaciones tales como aborigen, nativo, nativos americanos, indios americanos o colocando los nombres de los pueblos indígenas como los Aboriginal and Torres Strait Islanders de Australia, Inuit, First Nations y Metis de Canada, Maori de Nueva Zelanda, Nativos de Alaska), 205 a negros (población negra, afro, africano, africano americano) y 33 a gitanos (romani, romaníes, comunidades viajeras, itinerantes en Europa); también, se observaron muchos estudios enfocados hacia las mujeres, los jóvenes y fundamentalmente migrantes (inmigrantes y refugiados), este último concepto asociado a minorías étnicas y raciales.

Algunos estudios, a pesar de no cumplir con el criterio de población étnica (indígenas, afrodescendientes, romaníes) o con el criterio de temporalidad (2014-2024), fueron incluidos, ya que esbozaban propuestas de intervenciones y/o resultados que además de dar respuesta a la pregunta de investigación, brindaban elementos que podían servir de guía en el ejercicio que se viene adelantando en Colombia para garantizar el acceso de los grupos étnicos a servicios de salud culturalmente adecuados y pertinentes.

Se evidenció que de los 663 estudios recuperados -la mayoría de la base de datos de PubMed- están publicados en Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Reino Unido, Nueva Zelanda y Australia, mientras que sólo 24 (3.6%), que son de la base de datos de la BVS, están publicados en la región de las Américas (de éstos solo ocho en Colombia). Y, de los 105 estudios seleccionados, el 80,9% de ellos están publicados en los países anglosajones (Inglaterra, Reino Unido, Estados Unidos, Canadá y Australia)¹⁰, mientras que solo el 9,5% provienen de las Américas¹¹ y el resto, 9.6%, de otros países europeos, Asia y África¹².

¹⁰21 son publicados en Australia, 21 Estados Unidos, 17 Inglaterra, 11 Canadá, 10 Reino Unido

¹¹10 estudios publicados (3 Brasil, 2 Chile, 2 Colombia, 1 Bolivia, 1 Argentina y 1 Guatemala),

¹²6 Suiza, 1 de Nueva Zelanda, 1 de Korea, 1 de Holanda, 1 de Israel, 1 Alemania, 1 de Italia, 1 de Irlanda, 1 de Escocia y 1 de Sudáfrica

En los documentos seleccionados, varios de estos países se mencionan como países de enfoque en un mismo estudio, encontrando que 53 (50.47%) se adelantaron en Australia, 49 (46.66%) en Estados Unidos, 41 (39.05%) en Canadá, 22 (20.95%) en Nueva Zelanda, 13 (12,38%) en el Reino Unido y solo 3 (2.85%) en Colombia. Siendo los de Colombia documentos que proporcionan información, dos de ellos, sobre modelos de salud propios e interculturales para población indígena y uno de cómo acceden las poblaciones indígenas a la atención primaria en salud y cuáles son las barreras para su acceso.

Esto podría indicar que en la región de las Américas, y específicamente en Colombia, la evidencia es escasa; no obstante, luego de una revisión bibliográfica -posterior a la elaboración del mapa de evidencias- del contexto nacional y de la conceptualización de la interculturalidad en salud en Europa, Las Américas y Colombia, en bibliotecas y repositorios institucionales, de universidades, organismos internacionales y ONG's, se evidenció que hay una gran producción científica en la región de las Américas y en Colombia, pero que no es común la realización de revisiones sistemáticas (excluyendo a Estados Unidos y Canadá), que instituciones tales como los ministerios de salud no están documentando o sistematizando la información ni publicando documentos con los resultados del trabajo adelantado en materia de interculturalidad en salud con sus poblaciones étnicas o que los resultados de las investigaciones se están quedando en ensayos, artículos de investigación y tesis de grado, que al no ser revisiones sistemáticas, se presupone no generan evidencias científicas.

En materia de efectos, muchos de los estudios si hacían propuestas de intervenciones y posibles resultados, pero su objetivo no era verificar si estas intervenciones se habían implementado, ni evaluar su eficacia o efectividad, buscaban era presentar barreras y facilitadores o revisar la documentación existente alrededor de una temática; algunos no presentan resultados claros sino plantean el deber ser, es decir, adelantar más investigaciones al respecto o hacer con la información del estudio un análisis a profundidad de la temática. Quedaron así 51 estudios clasificados como inconclusivos, 19 como positivos, 13 como potencial positivo, 12 no informado, 7 sin efecto, 2 negativos y 1 como potencial negativo.

A continuación se presenta la gráfica # 2 con los efectos de las intervenciones:

Mapa de Evidencias Interculturalidad en Salud
BIREME/OPS/OMS, Representación OPS/OMS de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia



Gráfica # 2. Efectos de las intervenciones. Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; Representación OPS/OMS Colombia. Mapa de Evidencias sobre Interculturalidad en Salud [Internet]. São Paulo: BIREME/OPS/OMS; Abr 2025. Disponible en: <https://www.bvscolombia.org/mapa-de-evidencias-interculturalidad-en-salud/>

En materia de nivel de confianza de la evidencia, en 16 estudios se identifica como alto, dos de ellos dicen en su título ser revisiones sistemáticas y otros mencionan que tuvieron en cuenta la lista de verificación PRISMA para su publicación; no obstante, al finalizar la lectura completa de los mismos no se pudieron clasificar como revisiones sistemáticas en el estricto sentido de su definición, sino como revisiones cualitativas, de literatura o narrativas, ya que son artículos o documentos que analizan una temática de interés en salud pública y para lo cual utilizan como herramienta metodológica la realización de entrevistas, o describen el desarrollo, aplicación, adaptación y evaluación de un programa o de una intervención, o describen la experiencia de los usuarios frente a un programa o intervención, o presentan una guía metodológica para trabajar con las comunidades.

Muchos de estos estudios no incluyeron Ensayos ECA o Estudios EINA, no mencionan si tienen un protocolo elaborado, no incluyen una lista de estudios excluidos, no hacen búsqueda bibliográfica exhaustiva en bases de datos y no hacen análisis de riesgo de sesgo; es decir, no cumplen con la mayoría de los dominios críticos de la herramienta AMSTAR2. A pesar de ello, quedan clasificados con nivel alto porque por el tipo de artículos o documentos que incluyen, si proporcionan una buena descripción de los resultados de los estudios disponibles.

Por su parte, tal como se observa en la gráfica # 3, ocho (8) estudios quedaron clasificados en el nivel muy bajo- significando que estas revisiones sistemáticas no son confiables-, pero al igual que los de nivel alto, solo dos en su título especifican ser revisiones sistemáticas, el resto son revisiones de alcance, cualitativas o integradoras; además, todos incluyen la descripción de los componentes PICO, hacen búsqueda exhaustiva de bibliografía, y colocan los criterios de exclusión, no así la lista de los estudios excluidos. Tampoco especifican si elaboraron un protocolo ni si evaluaron el sesgo de publicación, cumpliendo parcialmente los dominios críticos de la herramienta AMSTAR2.

66 estudios (62.8%) quedaron clasificados con nivel de confianza moderado, lo que indicaría no solamente que la investigación estuvo bien dirigida, sino que también los estudios, aunque solo el 36.4% eran revisiones sistemáticas, proporcionaron la información necesaria para dar respuesta a la pregunta de investigación planteada;

además, a pesar que 34 de ellos (51.5%) se clasificaron como inconclusivos (por hacer propuestas de intervenciones pero no verificar su efectividad o aplicabilidad a poblaciones étnicas), se logró obtener buenos resúmenes de sus resultados, los cuales abarcan todas las seis agrupaciones identificadas y pueden servir de guía, orientación o reflexión para el proceso que se viene adelantando en Colombia en materia de formulación de políticas públicas con enfoque intercultural.

Mapa de Evidencias Interculturalidad en Salud
BIREME/OPS/OMS, Representación OPS/OMS de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia



5.3 En la búsqueda y selección de estudios del contexto país

Se adelantó la búsqueda del contexto país en repositorios de universidades con facultades, departamentos o programas de Antropología y Salud y en bibliotecas virtuales de instituciones oficiales del sector salud, así como de organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales que apoyan el trabajo en salud con los grupos étnicos colombianos; no se usaron las ecuaciones de búsqueda elaboradas para el mapa de evidencias ni se elaboró una nueva ecuación de búsqueda, puesto que para ellos no es obligatorio el uso de términos o descriptores normalizados (DESC), sino que utilizan de manera autónoma términos según sus propias conceptualizaciones e intereses académicos o utilizan los términos definidos por la Biblioteca Luis Ángel Arango.

Así, para la recuperación de archivos se usó combinaciones de términos asociados a la interculturalidad en salud y se utilizó como criterio de inclusión que estuvieran publicados en Colombia en el período 2014-2024; las combinaciones incluían términos tales como adecuación, sociocultural, salud, población indígena, epidemiología, etnia, atención en salud, servicios salud, medicina tradicional, medicina tradicional indígena, grupos étnicos, salud intercultural, atención intercultural, modelos de salud indígena. Para el caso de las bases de datos SCIELO, LILACS, EPISTEMONIKOS, COCHRANE y la BVS se elaboró una ecuación de búsqueda y se cargaron los estudios recuperados en la aplicación Rayyan.

Se recuperaron alrededor de 716 documentos, de los cuales se seleccionaron 142 (entre estudios, investigaciones, artículos académicos, guías y tesis de grado), de los cuales 33 corresponden a publicaciones o artículos académicos sobre temáticas de interculturalidad en salud para la población indígena de la región de las Américas; quedando 109 publicados en o sobre Colombia, 26 (23.85%) de ellos fueron publicados antes del 2014. Se observó que para el período seleccionado 2014-2024 la producción en Colombia de estudios sobre interculturalidad en salud fue baja (la mayoría son tesis de grado).

El hecho de que no haya una normalización de los conceptos sobre interculturalidad en salud en los repositorios y bibliotecas dificultó la búsqueda de información, ya que cuando se utilizan las palabras intercultural e interculturalidad, aparecen muchos registros, pero asociados al sector educativo o a artículos en revistas científicas donde hacen un análisis del concepto a nivel mundial, regional y a veces local; si el término medicina tradicional no se asocia con la palabra indígena, se hace una gran recuperación pero de estudios sobre la medicina tradicional china o sobre la medicina alternativa, pero si se asocia con las palabras afro y gitano, no aparecen registros, lo que podría indicar o que este concepto se ha venido asociando con preponderancia a la población indígena o que efectivamente no hay producción de información de las medicinas propias de estas poblaciones.

De otra parte, el término adecuación sociocultural lleva es a recuperar documentos que hablan sobre infraestructura física; la palabra etnia recupera muchos artículos pero de población indígena, tal vez porque en el caso de Colombia esta palabra se ha asociado a esta población y las otras poblaciones ni se mencionan o se asimilan a otros grupos étnicos.

Se evidenció así que la producción académica y técnica sobre interculturalidad en salud en Colombia, aunque existe y es relevante, no siempre está visible y se ha quedado a manera de documentos, informes y orientaciones técnicas, lineamientos, guías, planes de salud, metodologías, normativa o documentos de política pública; que los estudios no siempre se publican en revistas científicas ni se indexan en las bases de datos internacionales de salud como PubMed, SciELO o LILACS, sino que quedan en repositorios institucionales, en los computadores de los funcionarios o en los sitios web gubernamentales.

6.

Análisis principales hallazgos en la agrupación de intervenciones y resultados

Debido a que la mayoría de términos asociados a la interculturalidad en salud no están normalizados y los descriptores relacionados con la temática étnica son de uso y mayor aplicabilidad para la población indígena, fue necesario, hacer uso de descriptores DeCS que se encuentran en la categoría Medicinas tradicionales, complementarias y alternativas MT, en el entendido que al servir como lenguaje único para la indexación de artículos en revistas científicas apoyaría la búsqueda y recuperación de estudios relacionados con la interculturalidad en salud; como algunos de estos descriptores usados no necesariamente aplicaban en su estricta definición a la situación de los grupos étnicos de Colombia, fue necesario hacer uso de sinónimos de conceptos usados o apropiados en la región de las Américas, algunos de los cuales parecieran estar influenciados por los desarrollos conceptuales de las facultades de medicina y enfermería de otros contextos mundiales.

En la estructura jerárquica de los DeCS se evidenció que algunos de los conceptos utilizados aparecían en más de una categoría, por ejemplo, medicina tradicional aparece en tres categorías:

-en Medicinas Tradicionales [MT] en Sistemas médicos complejos tradicionales [MT1], Medicinas tradicionales de las Américas [MT1.858], Medicina Tradicional Afroamericana [MT1.858.500], Medicina Tradicional Indígena de las Américas [MT1.858.525] y Medicina Tradicional Romaní [MT1.858.530]) y definida como las medicinas tradicionales de los diferentes grupos étnicos existentes en la región de las Américas, como son los pueblos originarios-pueblos indígenas, los pueblos afrodescendientes, y romaníes, entre otros;

- En Antropología, educación, sociología y fenómenos sociales [I] Ciencias Sociales [I01], Antropología [I01.076], Antropología Cultural [I01.076.201], Cultura [I01.076.201.450], Medicina Tradicional [I01.076.201.450.654],

- En Técnicas y equipos analíticos, diagnósticos y terapéuticos [E], Terapéutica [E02] Terapias Complementarias [E02.190] Medicina Tradicional [E02.190.488] .

En estas dos últimas definida como Sistemas de medicina basados en las creencias culturales y en las prácticas realizadas de generación en generación. El concepto incluye los rituales místicos y mágicos (Terapias Espirituales, Fitoterapia) y otros tratamientos que puede que no se expliquen por la medicina moderna y donde se colocan como términos alternativos los de Curanderos, Curanderos Indígenas, Etnomedicina, Medicamentos Folclóricos, Medicamentos Folklóricos, Medicamentos Populares, Medicina del Pueblo, Medicina Folclorica, Medicina Folklórica, Medicina Indígena, Medicina Popular, Medicina Primitiva, Medicina Tradicional Indígena, Remedios Caseros, Remedios Folclóricos, Remedios Folklóricos, Remedios Populares, Sabedores, Terapéutica Tradicional, Terapéuticas Tradicionales, Terapia Tradicional, Terapias Tradicionales.

El concepto etnicidad (que fuera asociado en la investigación a los determinantes sociales de la salud) también aparece en tres categorías diferentes:

En Salud Pública (SP) como construcción social de la identidad étnica (Estudios Poblacionales en Salud Pública [SP3], Ciencias Sociales [SP3.311], Sociología [SP3.311.900], Identificación Social [SP3.311.900.353] Construcción Social de la Identidad Étnica [SP3.311.900.353.100]) y como término alternativo construcción social de la etnicidad y en relación con la dicotomía grupo minoritario vs grupo mayoritario;

- En Denominaciones de Grupos (M) asociado exclusivamente a pueblos de América del Norte (Personas [M01], Grupos de Población [M01.686], Pueblos de América del Norte [M01.686.477], Grupos de Población en Estados Unidos [M01.686.477.625], Etnicidad [M01.686.477.625.188]
- En Atención en Salud (N) como una subcategoría de censos (Características de la Población [N01], Demografía [N01.224], Distribución por Edad [N01.224.033], Censos [N01.224.175] Etnicidad [N01.224.317]

En estas dos últimas categorías aparecen como términos alternativos a etnicidad los de Estado Multinacional; Estado Multiétnico; Estado de Múltiples Etnias; Estados Multinacionales; Estados Multiétnicos; Estados de Múltiples Etnias; Etnia; Etnia Barí; Etnias; Grupo Étnico; Grupos Étnicos; Nacionalidad; Nacionalidades; Patria Étnica y definido el concepto como grupo de personas con la misma herencia cultural que las diferencia de otros grupos por relaciones sociales diversificadas.

Ello propició que se recuperaran muchos estudios con conceptos de uso común de los países anglosajones, europeos y Australia (que como ya se mencionó es de donde provienen la mayoría de estudios seleccionados) relacionados, entre otros, con la diversidad cultural –pero asociada a población migrante (no considerados como grupo étnico en Colombia) y considerada como minorías étnicas, religiosas y raciales–; con prácticas o estrategias culturalmente congruentes, adaptadas, relevantes o seguras –pero de los servicios de salud y del entorno de la atención hospitalaria, sobre todo en el caso de mujeres gestantes y adultos mayores–; con competencias culturales o la formación en competencias culturales –de los profesionales de la salud y de las comunidades y para garantizar la adherencia del paciente a los programas de salud nacionales; y con participación social o comunitaria –entendida como la interacción entre paciente y médico o para que miembros de las comunidades o de las familias estén presentes como traductores –de la lengua del paciente al inglés– cuando se haga una intervención–.

Conceptos que son definidos o tienen una connotación diferente según la perspectiva, formación o país de origen del investigador que hace el estudio o de las teorías o hipótesis que se quieran probar, por lo tanto son más bien académicos, usados en el argot de la medicina y la enfermería o que se han convertido en estereotipos de uso común por parte de los tomadores de decisiones en salud, pero que no se refieren necesariamente a cómo las poblaciones étnicas los entienden¹⁴.

Así, en estos estudios hubo predominio de temáticas relacionadas con racismo (racial, discriminación racial, disparidades raciales, disparidades raciales y étnicas, raza, racial/étnica, etnicidad), migración (migrantes, inmigrantes, refugiados), edu-

¹⁴ Para un análisis de la perspectiva étnica sobre estos conceptos, consúltase el Capítulo 2 de este informe Contexto de la interculturalidad en salud, pp. 9-26

cación (competencia cultural) y aquellas propias de las mujeres (partería, embarazo, parto, lactancia, mutilación genital femenina), así como de salud mental, atención primaria en salud, determinantes sociales de la salud y cómo intervenir enfermedades (patologías) tales como el cáncer (de colon, de seno), la diabetes tipo 2 y COVID-19, pero no para crear un nuevo sistema de salud que incluya elementos de las medicinas tradicionales, sino para adaptar culturalmente los tratamientos ya existentes, buscando la adherencia de los pacientes “diversos” que vienen de otros lugares a los programas de salud pública.

Esta no normalización de conceptos también afectó la identificación de intervenciones y resultados, ya que como se planteaba anteriormente, con el ejercicio adelantado no se buscaba evaluar la efectividad clínica de las intervenciones de las medicinas tradicionales en los resultados de salud, ni hacer estudios comparativos sobre las prácticas tradicionales para el tratamiento de las enfermedades que evidencien efectos positivos y mejoramiento de la salud de las personas y/o colectivos étnicos; de hecho, no entendimos en este estudio a la medicina tradicional como una intervención.

Así, se definieron cincuenta y cinco (55) intervenciones que se agruparon en diez (10) categorías, apuntando a identificar estrategias intersectoriales, acciones de adecuación sociocultural en los servicios de salud y para la gestión de la interculturalidad en salud, actividades de formación intercultural y uso del personal de salud propio (agentes comunitarios) e institucional (profesionales de la salud y tomadores de decisiones), la participación comunitaria en el diseño de los programas de salud, en la investigación y en el diálogo de saberes y la elaboración de modelos de atención en salud, que articulen la medicina tradicional y la occidental/alopática o incluyan las medicinas tradicionales en los servicios de salud.

Por su parte, los veinte y siete (27) resultados identificados se agruparon en seis (6) categorías buscando evidenciar como las intervenciones identificadas estaban propiciando la gobernabilidad en salud de las comunidades posibilitando el diseño, implementación y control de los servicios de salud interculturales, así como el acceso con equidad, de calidad y sin discriminación de los grupos étnicos a servi-

cios de salud disminuyendo las barreras de acceso y las inequidades, y que estos servicios de salud estaban culturalmente adecuados, que se estaba garantizando el bienestar (Buen Vivir) y el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones étnicas, adelantando acciones de promoción de la salud y articulando las medicinas tradicionales y el sistema de salud; brindando con ello elementos a los tomadores de decisiones para el desarrollo de políticas públicas que fomenten la interculturalidad en salud.

En 51 de los estudios (48.57%), estas intervenciones y resultados se mencionaban a manera de propuestas, ya que su objetivo era hacer una descripción de la problemática en salud evidenciada o las condiciones de salud de los pacientes o identificar barreras de acceso a los servicios de salud, más que verificar su validez, efectividad o aplicabilidad a la población sujeto, concluyendo entonces que es necesario realizar más estudios para profundizar en dichas temáticas; estos estudios aunque quedaron clasificados como inconclusivos, no significa que no puedan aportar elementos para que los tomadores de decisiones puedan analizar su aplicabilidad y/o adecuación a las condiciones socioculturales y de salud de los grupos étnicos colombianos o que propicien la realización de investigaciones, con la participación o lideradas por las poblaciones étnicas, en el campo de la interculturalidad en salud.

Tabla # 1. Características de 39 estudios que identificaron tres o más de las intervenciones y/o de los resultados que obtuvieron mayor cantidad de asociaciones

Estudio	Intervenciones	Resultados	Efectos	Población	País Foco	País publicación
Racial and ethnic disparities in breastfeeding	A, D, H	L, K	Inconclusivo	Mujeres; Minorías raciales y étnicas	Estados Unidos	Estados Unidos
Indigenous Cultural Safety in Recognizing and Responding to Family Violence: A Systematic Scoping Review	A, D, H, J	K, L, Q	Positivo	Indígenas de Australia, Canadá, Nueva Zelanda y Estados Unidos	Canadá	Suiza
Culturally competent healthcare systems A systematic review	A, D, J	L, Q	Inconclusivo	Inmigrantes; Minorías raciales y étnicas	Australia; Canadá; Nueva Zelanda; Estados Unidos	Suiza
Mental health interventions for suicide prevention among indigenous adolescents: a systematic review	D, H, J	L	Positivo	Adolescentes indígenas	Alaska; Nuevo México	Brasil

Estudio	Intervenciones	Resultados	Efectos	Población	País Foco	País publicación
Community-based models of alcohol and other drug support for First Nations peoples in Australia: A systematic review	A, H, J	N	Inconclusivo	Aborígenes e isleños del Estrecho de Torres	Australia	Australia
Non-clinical eye care support for Aboriginal and Torres Strait Islander Australians: a systematic review	A, D, J	Q	Positivo	Aborígenes e isleños del Estrecho de Torres; Nativos de Alaska	Australia; Alaska	Australia
Culturally Safe Health Initiatives for Indigenous Peoples in Canada: A Scoping Review	A, D, J	K, Q	Sin efecto	Indígenas de Canadá	Canadá	Estados Unidos
A systematic review of mental health care workers' constructions about culturally and linguistically diverse people	A, D	K, L, Q	Potencial positivo	Poblaciones cultural y lingüísticamente diversas (CALD)	Estados Unidos; Canadá; Australia; Japón; Tanzania; Reino Unido; Alemania	Estados Unidos
The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities: a systematic literature review	A, D, J	Q	Inconclusivo	Poblaciones cultural y lingüísticamente diversas (CALD)	Australia	Inglaterra
Mental health services for black and minority ethnic elders in the United Kingdom: a systematic review of innovative practice with service provision and policy implications	A, D, H	L, Q	Sin efecto	Personas mayores negras; Minorías étnicas	Reino Unido	Inglaterra
Bases para la estructuración de un modelo en salud rural en Arauca	A, D, J	N	No informado	Pueblos indígenas de Colombia	Colombia	Colombia
Estrategias de consolidación de vínculos en contexto de intervenciones en salud intercultural en América	A, D, H, J	K, N, Q	Inconclusivo	Población indígena	Latinoamérica	Chile

Estudio	Intervenciones	Resultados	Efectos	Población	País Foco	País publicación
Latina: una revisión sistemática						
Factors Impacting on Development and Implementation of Training Programs for Health Professionals to Deliver Brief Interventions, with a Focus on Programs Developed for Indigenous Clients: A Literature Review	A, D, H, J	N	Positivo	Aborígenes e isleños del Estrecho de Torres	Australia	Australia
The Cultural Adaptation of a Transition Program for Latino Families of Youth with Autism Spectrum Disorder	A, D, H	K	Inconclusivo	Familias latinas	Estados Unidos	Estados Unidos
Latinx Mental Health Scholars' Experiences with Cultural Adaptation and Implementation of Systemic Family Interventions	A, D, H	L	Inconclusivo	Latinos	Estados Unidos	Estados Unidos
What do indigenous communities want from their surgeons and surgical services: A systematic review	A, D, H	L, Q	Inconclusivo	Comunidades indígenas	Australia; Nueva Zelanda; Estados Unidos; Latinoamérica	Nueva Zelanda
Culturally competent healthcare - A scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision	A, D, H, J	L	No informado	Poblaciones cultural y lingüísticamente diversas (CaLD)	Australia; Canadá; Nueva Zelanda; Estados Unidos; Europa	Alemania
Cultural security in the perinatal period for Indigenous women in urban areas: a scoping review	A, D, H, J	K, L, M, N, Q	Inconclusivo	Indígenas de Australia, Canadá, Nueva Zelanda y Estados Unidos	Australia; Canadá; Nueva Zelanda; Estados Unidos	Australia

Estudio	Intervenciones	Resultados	Efectos	Población	País Foco	País publicación
Crossing cultural divides: A qualitative systematic review of factors influencing the provision of healthcare related to female genital mutilation from the perspective of health professionals	A, D	L, N, Q	Inconclusivo	Mujeres con mutilación genital/ablación	Australia; Nueva Zelanda; Estados Unidos; Alemania; Noruega; España; Suecia; Suiza; Reino Unido	Reino Unido
Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis	A, D, H, J	L, N, Q	Sin efecto	Mujeres en labor de parto	Australia; Nueva Zelanda; Estados Unidos; Alemania; Noruega; España; Suecia; Suiza; Reino Unido	Suiza
Cultural safety strategies for rural Indigenous palliative care: a scoping review	A, D, H, J	K, L, Q	Inconclusivo	Indígenas de Australia, Canadá, Nueva Zelanda y Estados Unidos	Australia; Canadá; Nueva Zelanda; Estados Unidos	Canadá
Culturally Relevant Palliative and End-of-Life Care for US Indigenous Populations: An Integrative Review	A, D, H, J	K, L, P, Q	Inconclusivo	Indígenas americanos; Nativos de Alaska	Estados Unidos	Estados Unidos
Interventions to provide culturally-appropriate maternity care services: factors affecting implementation	A, D, H	L, Q	Positivo	Grupos minoritarios etnolingüísticos o religiosos	Australia; Estados Unidos; Reino Unido; Perú; Israel	Reino Unido
Oral Health Programmes in Indigenous Communities Worldwide-Lessons learned from the field: A qualitative systematic review	A, H	K, N, Q	Potencial positivo	Aborígenes; Indígenas	Australia; Canadá; Estados Unidos; Taiwan; Brasil	Australia

Estudio	Intervenciones	Resultados	Efectos	Población	País Foco	País publicación
Advancement in the maturing science of cultural adaptations of evidence-based interventions	A, H, J	K, L, N, Q	Inconclusivo	Minorías étnicas	No específica	Estados Unidos
Developing the rural health workforce to improve Australian Aboriginal and Torres Strait Islander health outcomes: a systematic review	A, D, J	L	Inconclusivo	Aborígenes e isleños del Estrecho de Torres	Australia	Australia
Empowering families by engaging and relating Murri way: a grounded theory study of the implementation of the Cape York Baby Basket program	A, D, H, J	K, Q	Positivo	Aborígenes e isleños del Estrecho de Torres	Australia	Australia
Occupational therapy: what does this look like practised in very remote Indigenous areas?	A, D, H, J	K, L, Q	Positivo	Indígenas	Australia; Canadá; Estados Unidos	Australia
Mental health issues among indigenous communities and the role of traditional medicine	A	K, N, Q	No informado	Comunidades indígenas; Comunidades aborígenes	Norte de Siberia; Sudeste Asiático; India; Bangladesh; Islas del Pacífico; Australia; Norteamérica; Centroamérica; Sudamérica; Norte de Europa/Escandinavia	Italia
A scoping review protocol on social participation of indigenous elders, intergenerational solidarity and their influence on individual and community wellness	D, H, J	K, Q	Sin efecto	Adultos mayores indígenas de Canadá	Canadá	Canadá

Estudio	Intervenciones	Resultados	Efectos	Población	País Foco	País publicación
Family-centred interventions for Indigenous early childhood well-being by primary healthcare services	A, D, H	K, L, Q	Inconclusivo	Indígenas de Australia, Canadá, Nueva Zelanda y Estados Unidos	Australia; Canadá; Nueva Zelanda; Estados Unidos	Australia
Cultural adaptations to augment health and mental health services: a systematic review	A, H	L, K, Q	Positivo	Diversos grupos raciales, étnicos o culturales; Afroamericanos	Estados Unidos; Canadá	Canadá
Understanding ethnic inequalities in mental healthcare in the UK: A meta-ethnography	H	K, L, Q	Negativo	Minorías étnicas del Reino Unido	Reino Unido	Reino Unido
Methods for overcoming barriers in palliative care for ethnic/racial minorities: a systematic review	A	L, N, Q	Negativo	Minorías raciales y étnicas; Afroamericanos; Latinos; Isleños del Pacífico	Estados Unidos; Islas asiáticas y del Pacífico	Estados Unidos
Gypsy, Traveller and Roma experiences, views and needs in palliative and end of life care: a systematic literature review and narrative synthesis	A, D, H, J	K, L, Q	Inconclusivo	Población romaní (Gitanos); Nómadas; Itinerantes	Reino Unido; Irlanda; Rumania; España	Reino Unido
Gypsy, Roma and Traveller access to and engagement with health services: a systematic review	A, D, H	L, Q	No informado	Población romaní (Gitanos); Nómadas	Europa; Canadá	Reino Unido
Eskasoni First Nation's transformation of youth mental healthcare: Partnership between a Mi'kmaq community and the ACCESS Open Minds research project in implementing innovative practice and service evaluation	A, H, J	K, L, N, Q	Positivo	Indígenas de las Primeras Naciones de la costa este de Canadá	Canadá	Canadá
Facilitators and barriers to implementation of intercultural health policy in Chile	A, D, J	N, Q	Potencial positivo	Población indígena de Chile	Chile	Chile

A= Adecuación sociocultural en los servicios de salud

D= Formación intercultural

H= Participación comunitaria

J= Uso de Agentes Comunitarios

K= Buen Vivir

L= Equidad en salud

N= Políticas interculturales

Q= Servicios de salud

6.1 Agrupación de intervenciones

En la Tabla # 1, se observa la tendencia en los estudios de evidencias de intervenciones agrupadas en las categorías de adecuación sociocultural en los servicios de salud (A) -el 78.1% del total de los 105 estudios-, formación intercultural (D) -el 60%- , participación comunitaria (H) -el 48.6%- y uso de agentes comunitarios (J) -el 37.1%.

En la categoría de adecuación sociocultural se identificaron 73 referencias relacionadas con que los servicios de salud que se prestan deben estar “adaptados” a la forma de pensar y concebir la vida de los pacientes, -no necesariamente a su medicina tradicional-, y que por lo tanto las metodologías de atención deben ser adecuadas (39 referencias) y flexibles (26 referencias), que se requiere el uso de intérpretes (20 referencias) que traduzcan del inglés, a la lengua que utilizaba el paciente en su lugar de origen, la información que brinde el personal de salud o contar con el apoyo de personal comunitario para que el paciente se sienta cómodo en el espacio hospitalario y acceda a los servicios (24 referencias) y que los materiales educativos deben estar traducidos a la lengua y tener en cuenta la forma de pensar de los pacientes (30 referencias).

En ese contexto, en estos estudios la adecuación se entiende más como ajustes o adaptaciones específicas en los servicios de salud y a nivel intrahospitalario pero no para generar cambios sustanciales en el sistema de salud nacional ni nuevos modelos de prestación de servicios o sistemas de salud que incluyan elementos de las medicinas tradicionales; el énfasis en los estudios, con el argumento que estas

poblaciones tienen “derecho a la salud”, es que accedan y utilicen los servicios de salud nacionales para mejorar su salud y con ello los indicadores de salud nacionales. Ello reafirma lo establecido en la nota de alcance del descriptor Asistencia sanitaria culturalmente competente (que utiliza como términos alternativos atención culturalmente sensible, atención en salud con competencia cultural, enfoque diferenciado, enfoque diferencial, enfoque diferencial étnico, enfoque étnico, salud intercultural, servicios de salud culturalmente competentes, servicios de salud interculturales), que son “servicios de salud que respetan y responden a las creencias sobre salud, prácticas y necesidades culturales y lingüísticas de los diversos pacientes. El proveedor brinda a cada paciente sus patrones individuales aprendidos de la lengua y la cultura a la experiencia del cuidado de la salud que debe ser trascendida al paciente para lograr la igualdad de acceso y la atención de salud de calidad” (57).

En cuanto a la formación intercultural se encontraron 55 referencias orientadas a que los profesionales de la salud, los tomadores de decisiones y hasta los mismos miembros de las comunidades –solo porque forman parte del sector salud- deben tener una serie de competencias culturales para la prestación de servicios de salud adecuados, por lo cual la formación debe incluir, entre otros, los siguientes elementos:

- Comprensión del papel central de la cultura en todas las vidas y de cómo determina el comportamiento; el respeto y la aceptación de las diferencias culturales; el aprendizaje de la utilización eficaz de prácticas culturalmente adaptadas y culturalmente específicas; y el desarrollo continuo de la propia conciencia de las influencias culturales personales y de los prejuicios o sesgos.
- Enseñanza de las habilidades necesarias para traducir los conocimientos y la concienciación en comportamientos profesionales tangibles que puedan aplicarse y evaluarse de forma coherente en los centros y entornos sanitarios.
- Información sobre determinados grupos culturales, étnicos o raciales, describiendo las creencias, actitudes y comportamientos comunes de determinados grupos en materia de salud y ofrecer consejos prescriptivos sobre qué hacer y qué no hacer en los encuentros clínicos.

- Enfoque transcultural centrado en la enseñanza de conocimientos generales, actitudes y aptitudes pertinentes
- Obtención de modelos explicativos de los pacientes sobre los problemas de salud y sus causas; estrategias para negociar un entendimiento compartido y facilitar la toma de decisiones participativa en la creación de planes de tratamiento; y la comprensión de la salud y la enfermedad en su contexto biopsicosocial.
- Concienciación sobre cuestiones de género, sexualidad y racismo, así como sobre los prejuicios y la desconfianza de los profesionales y los sistemas sanitarios.
- Formación en temas/ámbitos sanitarios específicos (por ejemplo, salud mental y bienestar de los indígenas y atención etnogerátrica) y la formación en intervenciones particulares a nivel de servicios (por ejemplo, una aplicación de teléfono móvil de salud mental electrónica adaptada culturalmente a los indígenas, estrategias de enseñanza culturalmente apropiadas para la formación de trabajadores sanitarios aborígenes y orientación hacia un programa de rediseño clínico de respeto cultural).
- Formación en tipos de conocimiento (conceptos generales de cultura; competencia cultural; modelos de salud y enfermedad; el contexto sociocultural de las disparidades sanitarias; epidemiología; determinantes sociales; conceptos de racismo y prejuicio; y modelos teóricos específicos como los modelos explicativos de la salud y la enfermedad; el enfoque centrado en el paciente y la participación del consumidor; evaluación y aplicación de una intervención de forma reflexiva y transformadora; y habilidades necesarias para una práctica culturalmente competente tales como habilidades interpersonales para ayudar a las personas a trabajar con otras, comunicación avanzada, la negociación o la colaboración e intrapersonales para ayudar a las personas a hacer frente a las situaciones, autoevaluación cultural y la reflexión, así como la deconstrucción de estereotipos.

De otra parte, en la formación de los estudiantes de las ciencias de la salud para garantizar su ejercicio profesional posterior en las comunidades, se evidenciaron en los estudios 20 referencias que hacen alusión a dos tipos de metodología; una es la de inmersión cultural, con el objetivo de:

- 1) Un crecimiento cognitivo a través de la mejora del conocimiento, la comprensión y la toma de conciencia de las diferencias culturales.
- 2) Aumento de la conciencia y la autoconciencia que les llevó a desear aprender más sobre las diferencias culturales.
- 3) Aumento del conocimiento y la comprensión se produjo a través de la interacción y la creación de conexiones con las personas y las comunidades en las que trabajaban.
- 4) Tener una nueva capacidad para examinar la validez de los valores intrínsecos, las cuestiones sociopolíticas y privilegios de sus propias sociedades
- 5) Volverse más conscientes de cuestiones negativas como la pobreza, los entornos de vida deficientes, la segregación racial, la discriminación y la inequidad.
- 6) Tener una mayor sensación de conexión entre el cuerpo, el espíritu, la mente y el mundo que los rodea.
- 7) Discernir una mayor capacidad para acercarse a otras personas diferentes a ellos.
- 8) Tener una mayor percepción que conduzca a una mayor apertura, valoración de las necesidades básicas y disminución de los prejuicios
- 9) Tener una mayor conciencia de las preocupaciones preconcebidas, suposiciones, creencias, sentimientos no procesados e inseguridades recibidas
- 10) Tener una mejor perspectiva sobre la importancia y el valor de las diferencias culturales, a través de la observación de costumbres desconocidas.

Otra metodología es la simulación médica, que mejora el rendimiento en comunicación, psicomotricidad, profesionalidad y trabajo en equipo; es un método eficaz para enseñar competencia cultural y mejorar las habilidades de los coordinadores de ensayos clínicos; permite el aprendizaje experimental de temas con carga emocional, como la desconfianza y los prejuicios, en un entorno seguro. La simulación suele comenzar con una sesión informativa previa para establecer las expectativas y presentar la seguridad del entorno de simulación. A este paso le sigue la ejecución de la tarea o el encuentro simulado, después la sesión informativa y, por último, la oportunidad de practicar de forma deliberada, en la que los alumnos pueden repetir y practicar la tarea o el encuentro simulado hasta conseguir las habilidades o los resultados deseados.

En esta categoría, se evidenciaron estudios que hacen revisión de textos relacionados con la formación de los profesionales de la salud y del personal de salud (que en algunos se denominan proveedores), donde identifican una serie de elementos que se deben incluir en dicha formación; elementos podrían considerarse como insumos para analizar su viabilidad y pertinencia de inclusión en los contenidos de los programas de formación de las Ciencias de la Salud en Colombia o en la capacitación o inducción del personal de salud que trabaja con los grupos étnicos colombianos, siempre y cuando sean adecuados a sus características y situación de salud:

- Promover una mejor comunicación entre los romaníes y los profesionales de la salud
 - En toda la formación se tuvieran en cuenta las particularidades regionales, la historia y la experiencia individual o comunitaria de la violencia
 - Formación adicional de los proveedores sobre la violencia familiar y sobre la atención basada en el trauma; un programa de formación en prevención y tratamiento de la violencia familiar para trabajadores sanitarios y la importancia de reconocer la posible historia de los participantes como víctimas de la violencia dentro del propio proceso de formación.
 - Incluir las creencias, los valores, las lenguas, las imágenes y las visiones del mundo indígenas en el currículo de prevención
- Cultivar el conocimiento sobre el racismo, la complejidad de los factores de-

terminantes de la salud, la conciencia de la cultura y el deseo de trabajar en las comunidades aborígenes

- Conocimiento de las disparidades en salud y la salud comunitaria para entender las perspectivas de la población culturalmente diversa, comunicarse efectivamente con personas de otras culturas,
- Incorporación de la competencia cultural en todos los aspectos de la formación, centrarse sistemáticamente en el papel y el impacto de la cultura y la diversidad en el desarrollo y/o el mantenimiento de las concepciones de los profesionales sobre las personas culturalmente diversas, poblaciones minoritarias
- Programas educativos específicos para el personal de investigación centrados en el consentimiento informado permiten comprender los factores culturales y sociales que conforman las percepciones de las comunidades de color sobre la investigación, facilitan el compromiso de autorreflexión sobre los prejuicios implícitos y explícitos que influyen en el proceso de consentimiento informado e introducen enfoques cultural y lingüísticamente apropiados durante el proceso de consentimiento informado para apoyar mejor la comprensión de la información del estudio por parte de los participantes.
- Programa educativo sobre el cáncer de cuello uterino que simplifique conceptos médicos abstractos utilizando la lengua nacional y la lengua indígena, a un nivel máximo de lectura de cuarto grado, haciendo una presentación oral de las temáticas de descripción del problema, la estructura y función del cuello uterino en relación con otros órganos reproductores femeninos, la prevención frente a la curación y las diferentes formas de prevenir el cáncer, como la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano VPH y el cribado, el concepto de «pruebas de detección» y salud preventiva, la importancia de acudir al hospital para someterse a un cribado del cáncer cuando se encuentre bien, debido al largo periodo asintomático, junto con modelos tridimensionales y representaciones anatómicas in situ para facilitar los debates; e incluyendo charlas sobre desmitificar el examen pélvico mediante ayudas didácticas de simulación, la crioterapia como opción de tratamiento para el cáncer en estadios iniciales y una formación adicional en relación con la co-

municación sobre la mutilación genital femenina, la concienciación sobre las necesidades psicológicas de las mujeres y la gestión de las intervenciones clínicas (especialmente la desinfibulación)

- Cuestiones como el racismo, el respeto de los distintos conocimientos (culturales, comunitarios, clínicos), el trabajo en equipo y las disposiciones sobre permisos familiares y culturales pueden abordarse fácilmente mediante una política y una práctica de recursos humanos culturalmente competentes, respaldadas por una cultura y un liderazgo sólidos de inclusión y respeto.
- Formar a todo el equipo sanitario en salud mental y gestión segura de la medicación, así como las cuestiones específicas relacionadas con el cumplimiento de la medicación y los riesgos para los aborígenes.
- Contenidos específicos de Medicinas Tradicionales y Complementarias (MTC) que incluyan conceptos básicos y filosofía de la MTC, farmacología y toxicología, farmacognosia, fitoterapia clínica, posibles interacciones entre medicamentos y hierbas, cómo detectar, comprender, gestionar y notificar efectos adversos e interacciones entre medicamentos relacionados con el uso de MTC, requisitos de autorización y reglamentación de la MTC pertinentes para la práctica farmacéutica, normas de la práctica profesional farmacéutica en el ámbito de la MTC, tendencias clínicas emergentes y pruebas que respaldan el uso de MTC, uso simultáneo de medicina convencional y MTC, y medicina integrativa; los MTC más vendidos en farmacias para ayudar a los futuros farmacéuticos a ejercer profesional y éticamente; uso de MTC durante el embarazo o la lactancia, especialmente en relación con la seguridad de la medicina maternofoetal y el control del peso.
- Educación y formación más exhaustivas en farmacovigilancia de MTC dentro de los programas de licenciatura en farmacia;
- Formación en definiciones de las reacciones adversas graves a los medicamentos, la forma de supervisar una reacción adversa, el calendario de notificación de cada tipo de reacción, la evaluación de la causalidad y la formación sobre el uso de los sistemas de notificación de reacciones;

- Formar a los farmacéuticos para que sean aprendices autodirigidos a lo largo de toda la vida con capacidad de pensamiento crítico sobre la información de MTC y formación con habilidades de pensamiento crítico y mostrar cómo navegar a través de diferentes fuentes de información sobre MTC acerca de los daños y beneficios del uso de MTC, lo que incluye aclarar a los estudiantes de farmacia en qué consisten las fuentes de información de calidad. La capacidad de acceder, filtrar, interpretar y seleccionar información precisa de forma independiente es fundamental para los futuros farmacéuticos a la hora de proporcionar asesoramiento sobre MTC a las personas; incorporar habilidades de comunicación en la formación farmacéutica para permitir una comunicación farmacéutica eficaz en relación con el uso de MTC; el diseño revisado de las prácticas, que incluye interacciones simuladas y estandarizadas con pacientes, y los casos prácticos se consideraron actividades de aprendizaje eficaces para promover una comunicación efectiva en el mundo real.
- Programas para el desarrollo profesional continuo (DPC) que incluyan el acceso, la selección, la evaluación y la interpretación de información fiable sobre MTC, la seguridad y la eficacia de la MTC, incluida la seguridad relacionada con el uso simultáneo con medicamentos convencionales, y el uso en grupos de población especiales, como las mujeres embarazadas y lactantes, así como el papel y la responsabilidad de los farmacéuticos en las prácticas de farmacovigilancia y la importancia de la notificación de reacciones adversas.
- Inclusión de la MTC en la formación farmacéutica de pregrado y en los programas de DPC, que abarque: 1) los fundamentos de la MTC: conocimientos tradicionales, farmacognosia/farmacología de hierbas medicinales, nutrición básica, marcos normativos nacionales y mundiales, y farmacovigilancia en relación con la MTC; 2) conocimientos basados en productos: que incluyan al menos las MTC más vendidas/utilizadas en un país o región; y 3) conocimientos basados en aptitudes: investigación, pensamiento crítico y comunicación sobre la MTC. 3) Conocimientos prácticos: investigación, pensamiento crítico y comunicación sobre MTC. Además, para evaluar las iniciativas de educación en materia de MTC es necesario realizar estudios de seguimiento y evaluación de dichas iniciativas.

En cuanto a la participación comunitaria como intervención, se evidenciaron 27 referencias relacionadas con que se debe incluir a la comunidad en la toma de decisiones sobre los tratamientos, los servicios de salud y en la elaboración de los programas de salud para que incluyan las percepciones, pensamiento, cultura y valores de los pacientes (26 referencias), que también las familias deben participar en la prestación de los servicios como personal de apoyo para que los pacientes se sientan seguros y cómodos en el momento de la atención (18 referencias) y que se debe buscar la participación de redes de apoyo comunitarias en el desarrollo de los servicios de salud (19 referencias). Todo este personal debe ser capacitado para que pueda participar de manera más efectiva.

En estos estudios, el concepto de participación está asociado a la solidaridad social, al apoyo que se requiere de las familias y comunidad en general para que las personas accedan a los servicios de salud, acepten los tratamientos y permanezcan en el sistema; no hay una alusión directa a que las comunidades tienen el derecho de participar y tomar decisiones en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de todas las políticas, planes, programas y proyectos que desarrolle el sector salud que garanticen su acceso a la salud con equidad, calidad y sin discriminación.

En cuanto al uso de agentes comunitarios, hay un énfasis en los ancianos (20 referencias), los agentes comunitarios (10 referencias) y los mediadores culturales (11 referencias) asociado este último al personal de las comunidades que sirve de intermediario entre la población étnica y los servicios de salud; solo se evidenciaron seis (6) referencias a contar con médicos tradicionales, pero no para que realizaran el procedimiento médico, practicaran su medicina tradicional o incluyeran elementos propios de sus medicinas, sino más como líderes espirituales o religiosos que facilitaran el acercamiento de la población a la prestación de servicios de salud en el ámbito hospitalario.

6.2 Agrupación de resultados

Por su parte, tal como se observa en la Tabla # 1, la tendencia en resultados evidenciados, producto de las intervenciones desarrolladas, fueron Buen vivir (K) -el 37.2% del total de los 105 estudios seleccionados-, Equidad en Salud (L) - el 60.9%-, Políticas interculturales (N) -el 29.5%- y Servicios de salud (Q) -el 66.7%.

Según Luis Macas, abogado quechua y expresidente de la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador CONAIE “...el Sumak es la plenitud, lo sublime, excelente magnífico, hermoso(a), superior. Kawsay, es la vida, es ser estando. Pero es dinámico, cambiante, no es una cuestión pasiva. Por lo tanto el Sumak Kawsay (traducido como el Buen Vivir), sería la vida en plenitud. La vida en excelencia material y espiritual” (58). Por su parte, Hidalgo&Cubillo (2014), plantean que el Sumak Kawsay puede ser definido como una forma de vida en armonía con la naturaleza y con otros seres humanos (59).

Se evidenció que este concepto está asociado a lo que en los países anglosajones y en organismos internacionales como la OPS denominan wellbeing (bienestar) de las personas y comunidades multiculturales y desde un punto de vista holístico, es decir, que los tratamientos abarquen todos los factores mentales, económicos y sociales que generan las enfermedades, no sólo sus síntomas; para ello, recomiendan entre otras cosas, el uso de la medicina tradicional.

Para lograr esto, en algunos de los estudios se plantean que se deben adelantar intervenciones en materia de adecuación sociocultural de los servicios de salud, la formación intercultural del personal de salud y tomadores de decisiones, la participación comunitaria y el uso de agentes comunitarios, logrando el reconocimiento de valores, creencias y conocimientos propios –cosmovisión- de las comunidades (se evidenciaron 22 referencias en los estudios) y desarrollando relaciones de salud interculturales (se evidenciaron 17 referencias) basadas en el respeto y mutuo reconocimiento de las diferentes formas de concebir la salud y la enfermedad.

De otra parte, para garantizar la equidad en salud como un resultado, se proponen como intervenciones las de: disminuir las barreras de acceso lingüísticas, geográficas y económicas -en 13 referencias en los estudios- para propiciar el acceso de la población a los servicios y programas de salud pública nacionales; reducir las inequidades en salud (en 25 referencias) buscando, como dicen algunos de los estudios, “cerrar las brechas sanitarias entre las poblaciones diversas” o “reducir las diferencias inadecuadas en las características y calidad de la atención prestada”, “reducir algunos de los factores de riesgo y aumentar algunos de los factores de protección” o “superar la desigualdad étnica y racial en la región de las Américas”

o “superar las disparidades étnicas y raciales”; y, mejorar la competencia cultural en la prestación de los servicios de salud (en 48 referencias), ello siempre y cuando los profesionales de la salud cuentan con una serie de competencias culturales que les permiten brindar una atención más cálida y respetuosa de las formas de concebir la vida, la enfermedad, la muerte y las necesidades en salud de los pacientes, utilizando un lenguaje adecuado y en ocasiones en la lengua propia de las poblaciones; es decir, que cuenten con una serie de habilidades para propiciar un entorno sanitario seguro y culturalmente adecuado, que genere confianza para que los pacientes vuelvan a consulta y sigan los tratamientos y tomen los medicamentos que se les recetan.

Vale la pena tener presente que en el campo de la interculturalidad en salud, la equidad más que un resultado en salud, se entiende como un principio “...de justicia que busca hacer efectivo el derecho a la salud en los pueblos que actualmente sufren desigualdades en el acceso a la salud integral, a través de la disminución de las brechas en salud, dando prioridad a quienes más lo necesitan en su contexto cultural. La equidad como principio se procura con servicios de salud que garanticen el acceso, la oportunidad, disponibilidad y la aceptabilidad de las acciones a fin de que estas sean adecuadas a los perfiles epidemiológicos, necesidades socio-culturales y derechos de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos tribales” (1).

En cuanto a contar con políticas que fomenten la interculturalidad en salud como un resultado de las intervenciones realizadas, solo hubo 15 referencias en los estudios a la necesidad de complementar, articular, combinar e integrar las medicinas tradicionales con la medicina occidental/alopática en la prestación de los servicios de salud, en la implementación de los programas de salud pública y a manera de “colaboración entre los médicos biomédicos y los curanderos tradicionales”; donde la medicina tradicional se observa como “útil” para resolver situaciones de salud mental y para el tratamiento de afecciones relacionadas con el embarazo y el parto, tales como náuseas, vómitos, deficiencias nutricionales, pies hinchados, dolor de espalda, problemas digestivos, fiebre, resfriado, dolor abdominal, edema, infección urinaria, cansancio, dolor de cabeza y dolor de cintura. Por su parte, en 22 referencias se hace alusión a contar con políticas que fomenten la interculturalidad

en salud o políticas interculturales, en el marco de los determinantes sociales de la salud y basadas en el “modelo” de Atención Primaria en Salud con enfoque comunitario, adaptando los programas, diseñando modelos de salud interculturales con la participación de la población y desarrollando servicios de salud culturalmente adecuados, competentes y seguros.

Frente a la generación de servicios de salud culturalmente adecuados, se encontraron 52 referencias a que los servicios de salud se deben adecuar socioculturalmente, 22 referencias a que se debe aumentar la participación comunitaria en la toma de decisiones sobre su salud, 22 referencias a que la calidad y eficacia de los servicios mejoró y 16 referencias a que se deben incluir conocimientos y prácticas (tratamientos, ceremonias, entre otras) de las medicinas tradicionales en la prestación de los servicios de salud.

Finalmente, vale la pena tener en cuenta que una misma intervención puede aplicarse a más de un resultado y viceversa.

7. Implicaciones para la práctica, la investigación y la gestión institucional

Colombia es un país pluriétnico y pluricultural- tal como dice la Constitución de 1991, y esta diversidad ofrece una valiosa oportunidad para avanzar hacia la construcción de un sistema de salud verdaderamente intercultural. Esta riqueza de conocimientos, prácticas y formas de comprender la salud es la base sólida para generar modelos de atención que respondan de manera efectiva y respetuosa a las realidades de los pueblos indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y el pueblo Rrom, además de la comprensión de las realidades territoriales propias de cada departamento en su idiosincrasia.

Con base en las reflexiones de autores como Niño (2023) y Walsh (2010,2012), se propone fortalecer una visión de la interculturalidad en salud que trascienda lo

funcional, orientándose hacia una interculturalidad crítica. Esta perspectiva invita a promover el diálogo horizontal entre saberes diversos, reconociendo el valor de las medicinas tradicionales, así como el de la medicina alopática, y propiciando procesos transformadores e inclusivos que consideren las dinámicas socioculturales y territoriales, con base en lo que la ley colombiana ya permite a partir del dialogo de saberes, buscando la horizontalidad y el reconocimiento del conocimiento propio de las poblaciones étnicas en su legitimidad.

Como ya se dijo, el marco normativo colombiano en salud ha logrado avances importantes, lo que ofrece una base sólida para seguir avanzando desde lo conceptual hacia lo práctico, fortaleciendo el enfoque extramural, territorial y participativo. En este contexto, se plantea la posibilidad de diseñar, de manera concertada, un modelo o sistema de salud intercultural que integre de forma armónica los conocimientos y prácticas tradicionales de salud con las ciencias médicas convencionales y otras medicinas complementarias, en el marco de los dos decretos con fuerza de ley que hoy existen para el Sistema de Salud Propia e Intercultural- SISPI, y las formas de cuidado y salud de las poblaciones afrocolombianas y el pueblo Rrom. Esto implica desarrollar servicios pertinentes y culturalmente adecuados, impulsar la participación de las comunidades, fortalecer la formación en competencias interculturales del talento humano, y promover el uso de tecnologías apropiadas, incluyendo herramientas digitales.

Acciones propuestas para avanzar hacia este objetivo:

a) Desde OPS/BIREME

- Identificar y clasificar terminología relacionada con la interculturalidad en salud para facilitar su inclusión en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), promoviendo un lenguaje técnico unificado.
- Desarrollar un tesoro especializado sobre interculturalidad en salud que facilite la indexación de documentos en bibliotecas y repositorios, contribuyendo a la visibilidad y acceso a estos conocimientos.

- Adaptar metodológicamente la herramienta evidence gap map de 3ie para mapear evidencias provenientes de estudios cualitativos, exploratorios, narrativos y literatura gris, contribuyendo a una comprensión más amplia de las intervenciones interculturales.
- Emplear metodologías mixtas, como Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), para evaluar la calidad de investigaciones desde enfoques diversos.
- Ampliar el concepto de toma de decisiones informadas para incluir evidencias socioculturales y comunitarias, integrando múltiples formas de conocimiento.

b) Desde la Academia

- Fortalecer la visión de los profesionales de la salud sobre la realidad intercultural de Colombia.
- Promover procesos de formación y fortalecimiento de capacidades dirigidos a profesionales de bibliotecología, ciencias sociales y ciencias de la salud sobre temas de interculturalidad en salud.
- Crear grupos de apoyo especializados en la indexación de documentos sobre salud intercultural producidos por instituciones, ministerios y comunidades.
- Ofrecer herramientas metodológicas a entidades públicas y privadas para documentar, analizar y compartir experiencias en salud intercultural.
- Apoyar investigaciones participativas y rigurosas que alimenten el diseño de políticas públicas, planes de acción y estrategias de atención con enfoque intercultural.
- Considerar el trabajo colaborativo con las comunidades en la publicación de estudios, ensayos, tesis y literatura gris en bases de datos y repositorios internacionales, desarrollando métodos adecuados para evaluar su calidad y pertinencia.

c) En la gestión institucional

Es clave contar con una visión clara y compartida sobre los objetivos y alcances de la interculturalidad en salud, que fundamenten los contenidos de lo que podría ser una política nacional de salud intercultural, que consiga:

- Garantizar el respeto y la adecuación cultural hacia las poblaciones étnicas en los servicios de salud.
- Incorporar prácticas, ceremonias y elementos culturales de manera pertinente en la atención en salud.
- Fortalecer la participación de las comunidades en el diseño, implementación y evaluación de políticas, programas y servicios.
- Garantizar el acceso equitativo y simultáneo a distintas formas de atención en salud.
- Fomentar la formación en competencias interculturales del personal de salud y de los tomadores de decisiones.
- Reconocer las tecnologías y saberes en salud propios de las comunidades. Para ello es fundamental:
- Promover mayor coordinación entre programas y niveles del sistema de salud, así como alianzas intersectoriales con sectores como educación, ambiente, vivienda y trabajo. Estas alianzas deben incluir la participación activa de las organizaciones comunitarias para avanzar en acciones efectivas, sostenibles y culturalmente pertinentes.
- Sistematizar y difundir las experiencias desarrolladas en el diseño e implementación de modelos de salud propios e interculturales, particularmente aquellas impulsadas desde el Ministerio de Salud con distintos pueblos y comunidades.
- Promover la investigación pertinente que permita profundizar el conocimiento sobre la realidad intercultural en salud en el país, y utilizarlo de manera sistemática para lograr mejoras tangibles en la atención en salud a estas poblaciones.

- Fortalecer las capacidades de las instituciones nacionales de salud mediante la conformación de equipos especializados en interculturalidad, que busquen transversalizar en la operación cotidiana de los servicios de salud y mejorar la producción de publicaciones en inglés y español en repositorios internacionales como BVS, PubMed, SciELO o LILACS.

Este enfoque permite avanzar hacia un sistema de salud plural, inclusivo y participativo, que reconozca la diversidad como un valor estratégico para el bienestar colectivo y garantice el derecho a la salud de todas las poblaciones en condiciones de dignidad, equidad y respeto por sus culturas y saberes.

8. Reflexiones finales

Para la elaboración de este mapa de evidencias se realizó una revisión de alcance sobre interculturalidad en salud, una temática relativamente nueva. A diferencia de una revisión sistemática centrada en un estudio de caso o comparativo clínico, este trabajo incluyó estudios secundarios no limitados a ensayos controlados aleatorizados (ECA) o estudios de intervención no aleatorizados (EINA), abarcando revisiones sistemáticas, investigaciones observacionales, metodologías cualitativas, entrevistas, tesis de grado, guías metodológicas, documentos técnicos y literatura gris. La búsqueda se extendió a bases de datos internacionales, sitios web, repositorios institucionales, universitarios y fuentes de organismos internacionales y ONG, aplicando un rigor metodológico en la selección de estudios. Este proceso permitió identificar vacíos de información y la necesidad de ampliar la investigación en salud intercultural.

Los términos y descriptores relacionados con interculturalidad en salud, al no estar normalizados y provenir en algunos casos de otros contextos, no siempre reflejan su concepción en América Latina, particularmente en Colombia. Por ejemplo, en países anglosajones, la etnicidad suele asociarse a migración, clasificando a las poblaciones como minorías marginadas que deben integrarse al orden social dominante. En cambio, en América Latina, las poblaciones étnicas —nativas, originarias o descendientes de migraciones forzadas— son ciudadanos desde el origen de las repúblicas, lo que configura un sistema de relaciones distinto, aunque persistan dinámicas de discriminación.

Respecto a la construcción de conocimiento en salud intercultural, es necesario revisar la concepción que prioriza la evidencia producida por ciencias naturales, físicas y de la salud —consideradas “duras”— sobre aquella generada por ciencias sociales y humanas —denominadas “blandas”—. Algunos estudios cuantitativos, como metaanálisis orientados a analizar situaciones sociales en salud, no lograron responder adecuadamente a las preguntas planteadas, ofreciendo recomendaciones genéricas que desconocen la diversidad cultural. En contraste, estudios cualitativos —a menudo publicados como literatura gris— proporcionaron soluciones adaptables a contextos específicos, aunque su visibilidad en el conocimiento formal sea limitada, incluso cuando fueron producidos por expertos en el tema.

El debate sobre la propiedad intelectual y los derechos colectivos del conocimiento botánico indígena sigue vigente y genera controversia. Los marcos jurídicos internacionales suelen privilegiar sistemas de propiedad individual, lo que choca con las prácticas ancestrales de las comunidades indígenas, basadas en la producción, conservación y transmisión colectiva de saberes sobre plantas medicinales y otras especies. Frente a esto, diversos pueblos indígenas y organizaciones reclaman el reconocimiento legal de sus derechos colectivos, así como la implementación de mecanismos éticos y jurídicos que respeten su cosmovisión, autonomía y papel clave en la preservación de la biodiversidad.

Otro aspecto por reconsiderar es la jerarquización del conocimiento “legítimo” —producido por la academia y a nivel nacional— frente a saberes étnicos regionales o locales, frecuentemente catalogados como “no científicos”. Esto limita el acceso y la publicación de conocimientos generados por las propias comunidades étnicas. La incorporación activa de los conocimientos propios de los pueblos indígenas y las comunidades negras debe ser el pilar para el diseño e implementación de modelos de salud que respondan a sus realidades y visiones del mundo. Se propone avanzar en la construcción de modelos interculturales de salud mediante procesos participativos, que integren el análisis del contexto sociocultural, político, económico y demográfico de cada comunidad. Estos modelos deben articular de forma respetuosa y complementaria los elementos de la medicina tradicional —como prácticas, saberes, insumos, actores e instituciones propias— con componentes pertinentes de la medicina alopática u occidental, promoviendo sinergias que fortalezcan la atención integral en salud.

Asimismo, se plantea la necesidad de identificar de manera concertada: (a) las prioridades y necesidades en salud de las comunidades; (b) el personal requerido, tanto propio como externo, y los tipos de formación necesarios para garantizar una atención de calidad y culturalmente pertinente; (c) los espacios físicos necesarios para el ejercicio de la medicina tradicional y la articulación con los procesos administrativos del sector salud; (d) las redes de servicios a las que accede la población; (e) los instrumentos y sistemas de información disponibles o por desarrollar, tanto comunitarios como institucionales; y (f) los mecanismos de inspección, vigilancia y control que puedan ser adaptados o creados desde una perspectiva intercultural. Con ello, se busca consolidar modelos de salud que reconozcan y fortalezcan la autonomía, el conocimiento y las prácticas propias de los pueblos, en diálogo respetuoso con el sistema nacional de salud.

Todo esto se traduce en la implementación de la normativa del SISPI y las adecuaciones culturales para poblaciones negras y pueblo Rom.

Finalmente, la información recuperada sobre Colombia es limitada, lo que no implica ausencia de investigaciones o avances institucionales en salud intercultural. Sin embargo, es necesario incentivar la investigación e incrementar la inversión en recursos humanos y económicos para mejorar su visibilidad en bases de datos.

Este análisis proporciona hallazgos que pueden respaldar esfuerzos institucionales, públicos y privados para garantizar a los grupos étnicos acceso a servicios con pertinencia cultural. Además, contribuye a la implementación de políticas públicas orientadas a equidad, diversidad cultural y diálogo de saberes, en línea con los marcos normativos existentes. También ofrece oportunidades para reflexionar sobre articulación intersectorial, inclusión de medicina tradicional en entornos clínicos y participación efectiva de grupos étnicos en la construcción de soluciones en salud.

9. Referencias bibliográficas

1. Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Política Andina de Salud Intercultural [Internet]. Lima: ORAS-CONHU; 2019. Disponible en: <https://orasconhu.org/portal/content/pol%C3%ADtica-andina-de-salud-inter-cultural>
2. BIREME/OPS/OMS. Libro Mapa de Evidencias: metodología y aplicación [Internet]. 2022. Disponible en: <https://campus.paho.org/mooc/mod/resource/view.php?id=25570>
3. De Vallescar Palanca D. Hacia una racionalidad intercultural: cultura, multiculturalismo e interculturalidad [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2000. Cf. De Vallescar P, D. 2000: 221-231.
4. De Vallescar Palanca D. Consideraciones sobre la interculturalidad y la educación. En: Heise M, compiladora y editora. Interculturalidad: creación de un concepto y desarrollo de una actitud. Lima: Ministerio de Educación; 2001. p. 121-228.
5. Turton D, González J. Identidades culturales y minorías étnicas en Europa. Bilbao: Universidad de Deusto, HumanitarianNet; 2001.
6. Calligaro, Oriane. From ‘European cultural heritage’ to ‘cultural diversity’? The changing core values of European cultural policy. En *Politique Européenne* 2015/3 No 45. Uploaded: 12/29/2014. <https://doi.org/10.3917/poeu.045.0060>
7. Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos. Derechos de las minorías: normas internacionales y orientaciones para su aplicación. 2010. Nueva York y Ginebra. HR/PUB/10/3. Naciones Unidas.
8. Briga E. Intercultural Dialogue. Texto elaborado para la Asociación entre la Comisión Europea y el Consejo de Europa en el ámbito de la juventud. Council of

Europe, 2025. Disponible en: <https://pip-eu.coe.int/en/web/youth-partnership/intercultural-dialogue>

9. Consejo de Europa. Texto del Convenio Marco para la Protección de las Minorías Nacionales e informe explicativo. Estrasburgo: Consejo de Europa; 1994. AV/TG/MJ 788/94.CON. Framework Convention for the Protection of National Minorities (ETS No. 157). Strasbourg 1995. Disponible en: <https://www.coe.int/en/web/minorities>

10. García Agustín Ó. Intercultural dialogue: visions of the Council of Europe and the European Commission for a post-multiculturalist era. Aalborg University; 2012.

11. UNESCO. Declaration of Cultural Diversity. Resolución aprobada en la 20ª sesión plenaria. París: UNESCO; 2 de noviembre de 2001.

12. Conseil de l'Europe. Déclaration d'Opatija (2003): Declaration sur le dialogue interculturel et la prévention des conflits. Opatija (Croatie): Conseil de l'Europe; 22 octobre 2003.

13. Council of Europe. Faro Declaration on the Council of Europe's Strategy for Developing Intercultural Dialogue. DGIV/DC-FARO (2005) 8 final. Strasbourg: Council of Europe; 2005.

14. Council of Europe. Libro Blanco sobre el Diálogo Intercultural: "Vivir juntos con igual dignidad". Estrasburgo: Consejo de Europa; 7 mayo 2008.

15. Parlamento Europeo y Consejo. Decisión nº 1983/2006/CE relativa al Año Europeo del Diálogo Intercultural (2008). Diario Oficial de la Unión Europea. 18 diciembre 2006.

16. Council of Europe. The intercultural city step by step: A practical guide for applying the urban model of intercultural inclusion. Strasbourg: Council of Europe; abril 2021. Actualizado por Anne Bathily. Editado y coordinado por Ivana D'Alessandro. Disponible en: www.coe.int/interculturalcities

17. Consejo de Europa, Red de Ciudades Inteligentes RECI. Competencias interculturales para cargos técnicos y políticos de la administración local. 2017. Disponible en: Microsoft Word - 2017 New paradigm paper final draft_en-sp OK.docx

18. Barrett M. Introduction: Interculturalism and Multiculturalism: Concepts and Controversies. En: Barrett M, editor. Interculturalism and Multiculturalism: Similarities and Differences. Strasbourg: Council of Europe; 2013. p.15–42.

19. Comité de Ministros del Consejo de Europa. Recomendación CM/Rec(2015)1 a los Estados miembros sobre la integración intercultural. Adoptada el 21 de enero de 2015 en la reunión 1217a de los Delegados de los Ministros. Strasbourg: Council of Europe; 2015.

20. Comité de Ministros del Consejo de Europa. Recommendation CM/Rec(2022)10 to member States on multilevel policies and governance for intercultural integration. Adoptada el 6 de abril de 2022 en la 1431ª reunión de los Delegados de los Ministros. Strasbourg: Council of Europe; 2022.

21. Comité de Ministros del Consejo de Europa. Recommendation Rec(2006)18 to member states on health services in a multicultural society. Adoptada el 8 de noviembre de 2006 en la 979ª reunión de los Delegados de los Ministros. Strasbourg: Council of Europe; 2006.

22. Consejo de Europa. Model Framework for an Intercultural Integration Strategy at the National Level. Intercultural integration strategies: managing diversity as an opportunity. Steering Committee on Anti-Discrimination, Diversity and Inclusion (CDADI). Strasbourg: Council of Europe; 2021.

23. Mateos Cortés LS. La migración transnacional del discurso intercultural: su incorporación, apropiación y resignificación por actores educativos en Veracruz, México. Quito: Ediciones Abya Yala; 2011.

24. Dietz G. Desarrollos teóricos sobre el concepto de interculturalidad. En: Sarmiento Medina MI, Velásquez Jiménez CM, compiladoras y editoras. Interculturalidad: más allá de la diversidad. Reflexiones y experiencias en contextos latinoamericanos. 1ª ed. Bogotá: Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS); 2023.
25. Walsh C. Interculturalidad, conocimientos y decolonialidad. SyP [Internet]. 2005 abr 15 [citado 2025 feb 28];24(46):39–50. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/signoypensamiento/article/view/4663>
26. Walsh C. La interculturalidad y la educación básica ecuatoriana: Propuestas para la reforma educativa. Procesos. Revista Ecuatoriana de Historia. 1998;12:119–28.
27. Bodnar Contreras Y. Aproximación a la Etnoeducación como elaboración teórica. En: Etnoeducación, conceptualización y ensayos. Bogotá: MEN-PRODIC EL GRIOT; 1990. p.41–96.
28. Carrioni G. Interculturalidad. En: Etnoeducación, conceptualización y ensayos. Bogotá: MEN-PRODIC EL GRIOT; 1990. p.133–57.
29. Menendez EL. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. Rev Ciênc Saúde Colet. 2016 ene;21(1): Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>
30. Almaguer González JA, Vargas Vite V, García Ramírez HJ. Interculturalidad en salud: Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. [Internet]. 3ª ed. Programa Editorial del Gobierno de la República; 2014. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-968759?lang=es>
31. Defensoría del Pueblo. El derecho a la salud en la Constitución, la Jurisprudencia y los Instrumentos Internacionales. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2006.
32. Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general N° 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Nueva York: ONU; 2000.

33. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/

34. Campos Navarro R. Experiencias sobre salud intercultural en América Latina. En: Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural. [Internet]. Quito: Abya-Yala/UCLM/AECI/FCSICIII/JCCM; 2004. p.129–Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=559818>

35. Organización Panamericana de la Salud. Diálogos de saberes [Internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/dialogos-saberes>

36. Carrioni G. Módulo V. Antropología en salud. Curso Interculturalidad y extensión de la cobertura de la protección social en salud para trabajadores agrícolas y pueblos indígenas. Madrid: OISS, Instituto de Formación Online; 2008 abr.

37. Organización Panamericana de la Salud. Política de Etnicidad y Salud. CSP29/7, Rev. 1. 29a Conferencia Sanitaria Panamericana. 69a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 2017 sep 28.

38. Leininger M, McFarlan M. Transcultural nursing. 3ª ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

39. Mora Jiménez Y, Morales Salazar J, Rodríguez Leiva J, et al. Integralidad y transculturalidad en Enfermería: perspectivas desde la teoría del cuidado cultural de Leininger. Rev Hisp Cienc Salud. 2024;10(3):155–9. doi:10.56239/rhcs.2024.103.814

40. Escobar Castellanos B, Paravic-Klijn T. La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y de enfermería. Enferm Actual Costa Rica (en línea) [Internet]. 2017 jul 1 [citado 2025 mar 22];(33). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/29627>

41. Curtis E, Tipene-Leach D, Walker C, Loring B, Paine S-J, Reid P. Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. *Int J Equity Health*. 2019;18:174. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>
42. Services Australia. National Agreement on Closing the Gap. Definitions. Disponible en: <https://www.closingthegap.gov.au/national-agreement/national-agreement-closing-the-gap/12-definitions>
43. Chief Public Health Officer (CPHO) Health Professional Forum's (the Forum) Indigenous. Public Health Agency of Canada. Creating A Climate for Change – Cultural Safety and Humility in Health Services for First Nations and Aboriginal Peoples in British Columbia. Common definitions on Cultural Safety. 2023.
44. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). Lineamientos de Políticas en Salud para las Comunidades Indígenas [documento borrador no publicado]. 1998 [citado 2025 abr 22].
45. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Pública. Coordinación de Asuntos Étnicos. Lineamientos para la concertación y adecuación del PAB con grupos étnicos en las entidades territoriales. Bogotá: Ministerio de Salud; 2001.
46. Carrioni G. Interculturalidad en salud, análisis desde el punto de vista antropológico. Módulo V. Antropología en salud del curso Interculturalidad y extensión de la cobertura en protección social en salud para trabajadores agrícolas y pueblos indígenas en América Latina. Madrid: EUROSocial; 2008 mayo.
47. Ariza J. Equidad de Etnia en Salud en Bogotá [Artículo en revisión para publicación en Revista de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia]. Bogotá; 2007.
48. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). Modelos cuidado salud propia indígena [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud; 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modelos-cuidado-salud-propia-indigena.zip>

49. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). Enfoque diferencial: origen y alcance [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/enfoque-diferencial-origen-alcances.pdf>
50. Departamento Nacional de Planeación (DNP). Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible. Lineamientos para la implementación del enfoque de Derechos y la Atención Diferencial a Grupos Étnicos en la Gestión de las Entidades Territoriales [Internet]. 2016. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Territorial/Lineamientos%20Enfoque%20Diferencial%20%C3%89TNICO%20VPublicable%20FINAL%20260216.pdf>
51. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud, numerales l, m y n.
52. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1953 de 2014, Por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley de que trata el artículo 329 de la Constitución Política. Artículo 75, numeral 4.
53. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento para la implementación del enfoque diferencial étnico en salud para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras urbanas y rurales [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud; 2023. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/08-2023-codigo-14-lineamiento-narp.pdf>
54. República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-433 de 2021. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/C-433-21.htm>

55. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Promoción y Prevención. Grupo Curso de Vida. Anexo técnico: orientaciones y recomendaciones para la inclusión del enfoque diferencial étnico en la atención integral en salud, con pertinencia cultural. Gestión territorial [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud; 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Anexo-tecnico-pertinencia-cultural.pdf>
56. Organización Mundial de la Salud. International classification of health interventions [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/standards/classifications/international-classification-of-health-interventions>
57. BIREME. DeCS 2023: Asistencia Sanitaria Culturalmente Competente [tesauro] [Internet]. São Paulo: BIREME; 2023 [citado 2024 jul 15]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/>
58. Maca C. Sumak Kawsay [Internet]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Sumak_kawsay
59. Hidalgo A, Cubillo A. Seis debates abiertos Buen vivir: sobre secuestros, domesticaciones, rescates y alternativas. Íconos. Rev Cienc Soc. 2014;(48):25–45.
60. Walsh C. Interculturalidad crítica y (de)colonialidad: ensayos desde Abya Yala. Quito: Ediciones Abya-Yala; 2012.
61. Walsh C. Interculturalidad crítica y educación intercultural. En: García LA, Mignolo W, Walsh C, editores. Construyendo interculturalidad crítica. La Paz: Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello; 2010. p. 75–96.
62. Levinson H. Niño Leal. La interculturalidad como asunto polisémico. En: Sarmiento Medina MI, Velásquez Jiménez CM, [compiladoras y editoras]. Interculturalidad: más allá de la diversidad. Reflexiones y experiencias en contextos latinoamericanos. 1ra ed. Bogotá: Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS; 2023.

Anexo 1.

1. Ecuación para búsqueda en la BVS – www.bvsalud.org

(“Medicina tradicional” OR “Medicinas tradicionales” OR “Traditional medicine” OR “traditional medicine knowledge” OR “Conhecimento tradicional” OR “Conhecimentos tradicionais” OR “conocimiento tradicional” OR “conocimientos tradicionales” OR “traditional knowledge” OR “conhecimento indigena” OR “conocimiento indigena” OR “indigenous knowledge” OR “Culture of Indigenous Populations” OR “Medicinas indígenas” OR “Diversidad Cultural” OR “Diversidade Cultural” OR “Cultural Diversity” OR “Medicina ancestral” OR “Medicinas ancestrales” OR “Medicinas tradicionales ancestrales” OR “Traditional ancestral medicine” OR “Saberes ancestrales” OR “Sabiduría ancestral” OR “ancestral knowledge” OR “Terapias tradicionales” OR “Terapias tradicionais” OR “Terapias ancestrales” OR “Traditional therapies” OR “Traditional therapy” OR “Practicantes de la Medicina Tradicional” OR “Traditional Medicine Practitioners” OR “Profissionais de Medicina Tradicional” OR “Praticantes da Medicina Tradicional” OR “Parteras tradicionales” OR partería OR midwifery OR tocologia OR “Grupos étnicos” OR etnias OR “Comunidades étnicas” OR “Población autóctona” OR “Pueblos indígenas” OR “Indigenous Peoples” OR “Povos Indígenas” OR “Población aborígen” OR aborigine OR aboriginal OR “Aboriginal communities” OR “Aboriginal population” OR “Aboriginal populations” OR tribus OR nativos OR chaman OR shaman OR “Native Born” OR “First Nation community-based” OR “First Nation peoples” OR “Tribal peoples” OR “Minorías étnicas” OR “Minorías raciales” OR “ethnic minority” OR “ethnic minorities” OR “racial minorities” OR “racial minority” OR “Minorías étnicas y raciales” OR “Ethnic and Racial Minorities” OR “Black communities” OR afrodecendent* OR “População Negra” OR “Población Negra” OR “Black People” OR afrodescendiente* OR gitano* OR Romaní OR Roma* OR “Romani people”) AND (“Atención intercultural” OR “servicios de salud interculturales” OR “Asistencia Sanitaria Culturalmente Competente” OR “Assistência à Saúde Culturalmente Competente” OR “Culturally Competent Care” OR “Assistência à Saúde Culturalmente Competente” OR (“culturally responsive” OR “Culturally Competent” OR “Culturalmente Competente” OR “Culturalmente Seguro” OR “culturally appropriate” OR “Competência Cultural” OR “Competencias

culturales" OR "Competencias interculturales" OR "Cultural Competency" OR "Cultural Safety" OR etnicidad* OR ethnicity OR interculturality OR etnomedicina OR interculturalidad* OR multiculturalidad* OR ancestralidad*) AND (care OR health* OR cuidado OR salud OR saude OR assistência OR asistencia OR practic* OR practica*)) OR "Salud Mental en Grupos Étnicos" OR "Mental Health in Ethnic Groups" OR "Saúde Mental em Grupos Étnicos" OR "Health of Ethnic Minorities" OR "Salud de las Minorías Étnicas" OR "Salud de Poblaciones Indígenas" OR "Saude de populações indígenas" OR "Saude dos povos indígenas" OR "Health of Indigenous Peoples" OR "sistemas médicos tradicionales" OR "traditional medical systems" OR "Sistemas Médicos Complejos Tradicionales" OR "Traditional Complex Medical Systems" OR "traditional healthcare models" OR "Social Determinants of Health") AND ("Servicios de Salud" OR "Health Services" OR "Serviços de Saúde" OR "Planificación en Salud Comunitaria" OR "Community Health Planning" OR "Planejamento em Saúde Comunitária" OR "Health Services" OR "Integrated care" OR "Integrated healthcare" OR "Integrated health" OR "Integrated health service" OR "Health care networks" OR "Health Care Reform" OR "Health Services Research" OR "Pesquisa sobre Serviços de Saúde" OR "Clinical Governance" OR "Governança Clínica" OR "Integrated health service" OR "Indigenous Health Services" OR "Health Policy" OR "Política de Saúde" OR "Health Services Administration" OR "Administração de Serviços de Saúde" OR "Community Health Services" OR "Serviços de Saúde Comunitária" OR "Community engagement" OR "Healthcare Models" OR "Modelos de Assistência à Saúde" OR "Health Systems" OR "Sistemas de Saúde" OR "Atención primaria en salud" OR "Atencao primaria a saúde" OR "Primary health care" OR "Primary healthcare" OR "Access to Primary Care" OR "Acesso à Atenção Primária" OR "Modelos de Atención de Salud") AND (intervention* OR intervenc* OR strateg* OR estrateg* OR "best practices" OR effect* OR efetividad* OR efficac* OR eficac* OR efect* OR factor* OR experience* OR promotion OR promoting OR promoción OR organization OR organisation OR improvement OR program* OR programas OR action OR acción OR acoes OR response* OR management OR facilitator* OR barrie* OR barreira* OR "integrative perspective" OR "Bringing inclusion" OR "equity-oriented frameworks" OR "equity-oriented framework" OR "equity framework" OR "Health outcomes" OR "Health outcome" OR planning OR implementation) AND NOT db:"MEDLINE" AND (type_of_study:("systematic_reviews" OR "sysrev_observational_studies"))

2. Ecuación para búsqueda en Pubmed – <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=longquery4735095a1f6acc273c8e&filter=pubt.systematicreview>

("Traditional medicine" OR "traditional medicine knowledge" OR "traditional knowledge" OR "indigenous knowledge" OR "Culture of Indigenous Populations" OR "Cultural Diversity" OR "Traditional ancestral medicine" OR "ancestral knowledge" OR "Traditional therapies" OR "Traditional therapy" OR "Traditional Medicine Practitioners" OR Midwifery OR "Indigenous Peoples" OR Aborigine OR Aboriginal OR "Aboriginal communities" OR "Aboriginal population" OR "Aboriginal populations" OR Tribus OR Chaman OR Shaman OR "Native Born" OR "First Nation community-based" OR "First Nation peoples" OR "Tribal peoples" OR "ethnic minority" OR "ethnic minorities" OR "racial minorities" OR "racial minority" OR "Ethnic and Racial Minorities" OR "Black communities" OR "Black People" OR Romaní OR Roma* OR "Romani people") ("Culturally Competent Care" OR ("culturally responsive" OR "Culturally Competent" OR "culturally appropriate" OR "Cultural Competency" OR "Cultural Safety" OR Ethnicity OR Interculturality) (Care OR health* OR practic*)) OR "Mental Health in Ethnic Groups" OR "Health of Ethnic Minorities" OR "Health of Indigenous Peoples" OR "traditional medical systems" OR "Traditional Complex Medical Systems" OR "traditional healthcare models") ("Health Services" OR "Community Health Planning" OR "Health Services" OR "Integrated care" OR "Integrated healthcare" OR "Integrated health" OR "Integrated health service" OR "Health care networks" OR "Health Care Reform" OR "Health Services Research" OR "Clinical Governance" OR "Integrated health service" OR "Indigenous Health Services" OR "Health Policy" OR "Health Services Administration" OR "Community Health Services" OR "Community engagement" OR "Healthcare Models" OR "Health Systems" OR "Primary health care" OR "Primary healthcare" OR "Access to Primary Care" OR "Social Determinants of Health") (Intervention* OR strateg* OR "best practices" OR effectiv* OR efficacy OR factor*[TI] OR experience* OR promotion OR promoting OR organization OR organisation OR improvement OR Program* OR action OR response* OR management OR facilitator* OR barrie* OR "integrative perspective" OR "Briging inclusion" OR "equity-oriented frameworks" OR "equity-oriented framework" OR "equity framework" OR "Health outcomes" OR "Health outcome" OR planning OR implementation)

3. Ecuación para búsqueda en Redalyc

(“Traditional medicine” OR “traditional medicine knowledge” OR “traditional knowledge” OR “indigenous knowledge” OR “Culture of Indigenous Populations” OR “Cultural Diversity” OR “Traditional ancestral medicine” OR “ancestral knowledge” OR “Traditional therapies” OR “Traditional therapy” OR “Traditional Medicine Practitioners” OR Midwifery) OR (“Indigenous Peoples” OR Aborigine OR Aboriginal OR “Aboriginal communities” OR “Aboriginal population” OR “Aboriginal populations” OR Tribus OR Chaman OR Shaman OR “Native Born” OR “First Nation community-based” OR “First Nation peoples” OR “Tribal peoples” OR “ethnic minority” OR “ethnic minorities” OR “racial minorities” OR “racial minority” OR “Ethnic and Racial Minorities” OR “Black communities” OR “Black People” OR Rrom) AND (care OR health* OR cuidado OR salud OR saude OR “Salud Mental en Grupos Étnicos” OR “Mental Health in Ethnic Groups” OR “Saúde Mental em Grupos Étnicos” OR “Health of Ethnic Minorities” OR “Salud de las Minorías Étnicas” OR “Salud de Poblaciones Indígenas” OR “Saude de populações indígenas” OR “Saude dos povos indígenas” OR “Health of Indigenous Peoples” OR “sistemas médicos tradicionales” OR “traditional medical systems” OR “Sistemas Médicos Complejos Tradicionales” OR “Traditional Complex Medical Systems” OR “traditional healthcare models” OR gitano* OR Romaní OR Roma* OR “Romani people”) AND (“Health Services” OR “Community Health Planning” OR “Health Services” OR “Integrated care” OR “Integrated healthcare” OR “Integrated health” OR “Integrated health service” OR “Health care networks” OR “Health Care Reform” OR “Health Services Research” OR “Clinical Governance” OR “Integrated health service” OR “Indigenous Health Services” OR “Health Policy” OR “Health Services Administration” OR “Community Health Services” OR “Community engagement” OR “Healthcare Models” OR “Health Systems” OR “Primary health care” OR “Primary healthcare” OR “Access to Primary Care” OR “Social Determinants of Health”) AND “Systematic Review”

Anexo 2.

Base de datos	Ecuación	Resultado	Fecha
Epistemonikos	(title:(Health Services) OR abstract:(Health Services)) AND (title:(Ethnic groups) OR abstract:(Ethnic groups))) OR abstract:(title:(Health Services) OR abstract:(Health Services)) AND (title:(Ethnic groups) OR abstract:(Ethnic groups)))) NOT cancer	82	05/07
Pubmed	(((((title[All Fields] OR titled[All Fields] OR titles[All Fields]) AND (((title[All Fields] OR titled[All Fields] OR titles[All Fields]) AND ("health services"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "health services"[All Fields])) OR ("abstract s"[All Fields] OR "abstractable"[All Fields] OR "abstracters"[All Fields] OR "abstracting and indexing"[MeSH Terms] OR ("abstracting"[All Fields] AND "indexing"[All Fields]) OR "abstracting and indexing"[All Fields] OR "abstract"[All Fields] OR "abstracted"[All Fields] OR "abstracting"[All Fields] OR "abstraction"[All Fields] OR "abstractions"[All Fields] OR "abstractive"[All Fields] OR "abstractness"[All Fields] OR "abstracts"[All Fields])) AND ("health services"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "health services"[All Fields]) AND (((title[All Fields] OR titled[All Fields] OR titles[All Fields]) AND ("ethnicity"[MeSH Terms] OR "ethnicity"[All Fields] OR ("ethnic"[All Fields] AND "groups"[All Fields]) OR "ethnic groups"[All Fields])) OR ("abstract s"[All Fields] OR "abstractable"[All Fields] OR "abstracters"[All Fields] OR "abstracting and indexing"[MeSH Terms] OR ("abstracting"[All Fields] AND "indexing"[All Fields]) OR "abstracting and indexing"[All Fields] OR "abstract"[All Fields] OR "abstracted"[All Fields] OR "abstracting"[All Fields] OR "abstraction"[All Fields] OR "abstractions"[All Fields] OR "abstractive"[All Fields] OR "abstractness"[All Fields] OR "abstracts"[All Fields])) AND ("ethnicity"[MeSH Terms] OR "ethnicity"[All Fields] OR ("ethnic"[All Fields] AND "groups"[All Fields]) OR "ethnic groups"[All Fields]))) OR ("abstract s"[All Fields] OR "abstractable"[All Fields] OR "abstracters"[All Fields] OR "abstracting and indexing"[MeSH Terms] OR ("abstracting"[All Fields] AND "indexing"[All Fields]) OR "abstracting and indexing"[All Fields] OR "abstract"[All Fields] OR "abstracted"[All Fields] OR "abstracting"[All Fields] OR "abstraction"[All Fields] OR "abstractions"[All Fields] OR "abstractive"[All Fields] OR "abstractness"[All Fields] OR "abstracts"[All Fields])) AND (((title[All Fields] OR titled[All Fields] OR titles[All Fields]	119	05/07

Base de datos	Ecuación	Resultado	Fecha
	Fields)) AND ("health services"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "health services"[All Fields])) OR ("abstract s"[All Fields] OR "abstractable"[All Fields] OR "abstracters"[All Fields] OR "abstracting and indexing"[MeSH Terms] OR ("abstracting"[All Fields] AND "indexing"[All Fields]) OR "abstracting and indexing"[All Fields] OR "abstract"[All Fields] OR "abstracted"[All Fields] OR "abstracting"[All Fields] OR "abstraction"[All Fields] OR "abstractions"[All Fields] OR "abstractive"[All Fields] OR "abstractness"[All Fields] OR "abstracts"[All Fields])) AND ("health services"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "health services"[All Fields]) AND (((("title"[All Fields] OR "titled"[All Fields] OR "titles"[All Fields]) AND ("ethnicity"[MeSH Terms] OR "ethnicity"[All Fields] OR ("ethnic"[All Fields] AND "groups"[All Fields]) OR "ethnic groups"[All Fields])) OR ("abstract s"[All Fields] OR "abstractable"[All Fields] OR "abstracters"[All Fields] OR "abstracting and indexing"[MeSH Terms] OR ("abstracting"[All Fields] AND "indexing"[All Fields]) OR "abstracting and indexing"[All Fields] OR "abstract"[All Fields] OR "abstracted"[All Fields] OR "abstracting"[All Fields] OR "abstraction"[All Fields] OR "abstractions"[All Fields] OR "abstractive"[All Fields] OR "abstractness"[All Fields] OR "abstracts"[All Fields])) AND ("ethnicity"[MeSH Terms] OR "ethnicity"[All Fields] OR ("ethnic"[All Fields] AND "groups"[All Fields]) OR "ethnic groups"[All Fields])))) NOT ("cancer s"[All Fields] OR "cancerated"[All Fields] OR "canceration"[All Fields] OR "cancerization"[All Fields] OR "cancerized"[All Fields] OR "cancerous"[All Fields] OR "neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields] OR "cancers"[All Fields])) AND ((y_10[Filter]) AND (systematicreview[Filter]))		
Cochrane	(Indigenous Peoples):ti,ab,kw AND (Health Services):ti,ab,kw OR (Black People):ti,ab,kw OR (Sexual and Gender Minorities):ti,ab,kw AND (Traditional Medicine Practitioners):ti,ab,kw	25	04/07
Scielo	interculturalidad OR medicina tradicional AND servicios AND (type_of_study:("systematic_reviews"))	5	04/07
BVS	interculturalidad OR medicina tradicional AND politica AND (type_of_study:("systematic_reviews")) AND (year_cluster:[2014 TO 2024])	31	04/07
BVS	grupos etnicos AND medicina tradicional AND atención AND salud AND (type_of_study:("systematic_reviews")) AND (year_cluster:[2014 TO 2024])	200	04/07

Base de datos	Ecuación	Resultado	Fecha
BVS	romani OR gitano AND (mj:("Romaní" OR "Accesibilidad a los Servicios de Salud" OR "Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud") AND type_of_study:("systematic_reviews")) AND (year_cluster:[2014 TO 2024])	10	16/07
BVS	negra AND (mj:("Población Negra" OR "Etnicidad") AND type_of_study:("sysrev_observational_studies")) AND (year_cluster:[2014 TO 2024]) AND (mj:("Población Negra" OR "Etnicidad") AND type_of_study:("sysrev_observational_studies")) AND (year_cluster:[2014 TO 2024])	2	16/07
BVS	indigenas AND (mj:("Implementación de Plan de Salud" OR "Derechos Humanos" OR "Accesibilidad a los Servicios de Salud" OR "Servicios de Salud del Indígena" OR "Evaluación de Programas y Proyectos de Salud" OR "Servicios de Salud del Niño" OR "Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud") AND type_of_study:("sysrev_observational_studies")) AND (year_cluster:[2014 TO 2024])	13	16/07

Anexo 3.

REFERENCIAS ESTUDIOS SELECCIONADOS

1. Jones KM, Power ML, Queenan JT, Schulkin J. Racial and ethnic disparities in breastfeeding. Breastfeed Med. 2015;10:186-96. doi:10.1089/bfm.2014.0152.
2. Rodriguez Espinosa P, Verney SP. The underutilization of community-based participatory research in psychology: A systematic review. Am J Community Psychol. 2021;67:312-26. doi:10.1002/ajcp.12469.
3. Watson HL, Downe S. Discrimination against childbearing Romani women in maternity care in Europe: A mixed-methods systematic review. Reprod Health. 2017;14:1. doi:10.1186/s12978-016-0263-4.
4. Allice I, Acai A, Ferdossifard A, Wekerle C, Kimber M. Indigenous cultural safety in recognizing and responding to family violence: A systematic scoping review. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(24):16967. doi:10.3390/ijer-ph192416967.

5. Anderson LM, Scrimshaw SC, Fullilove MT, Fielding JE, Normand J. Culturally competent healthcare systems. A systematic review. *Am J Prev Med.* 2003;24(3 Suppl):68-79. doi:10.1016/s0749-3797(02)00657-8.
6. Huggins LKL, Min SH, Dennis CA, Østbye T, Johnson KS, Xu H. Interventions to promote dementia knowledge among racial/ethnic minority groups: A systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2022;70:609-21. doi:10.1111/jgs.17495.
7. Bhui K, Warfa N, Edonya P, McKenzie K, Bhugra D. Cultural competence in mental health care: A review of model evaluations. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:15. doi:10.1186/1472-6963-7-15.
8. Chauhan A, Walton M, Manias E, Walpola RL, Seale H, Latanik M, et al. The safety of health care for ethnic minority patients: A systematic review. *Int J Equity Health.* 2020;19:118. doi:10.1186/s12939-020-01223-2.
9. Grande AJ, Elia C, Peixoto C, Jardim PTC, Dazzan P, Veras AB, et al. Mental health interventions for suicide prevention among Indigenous adolescents: A systematic review. *Sao Paulo Med J.* 2022;140:486-98. doi:10.1590/1516-3180.2021.0292.R1.22102021.
10. Wickramasinghe SI, Caffery LJ, Bradford NK, Smith AC. Enablers and barriers in providing teliabetes services for Indigenous communities: A systematic review. *J Telemed Telecare.* 2016;22:465-71. doi:10.1177/1357633X16673267.
11. Krakouer J, Savaglio M, Taylor K, Skouteris H. Community-based models of alcohol and other drug support for First Nations peoples in Australia: A systematic review. *Drug Alcohol Rev.* 2022;41:1418-27. doi:10.1111/dar.13477.
12. Chopra S, Lahiff TJ, Franklin R, Brown A, Rasalam R. Effective primary care management of type 2 diabetes for Indigenous populations: A systematic review. *PLoS One.* 2022;17(10):e0276396. doi:10.1371/journal.pone.0276396.

13. Kidd J, Raphael D, Cassim S, Black S, Blundell R, Egan R. Health service provider responses to Indigenous peoples with cancer: An integrative review. *Eur J Cancer Care*. 2019;28(3):e12975. doi:10.1111/ecc.12975.
14. McCalman J, Jongen C, Bainbridge R. Organisational systems' approaches to improving cultural competence in healthcare: A systematic scoping review of the literature. *Int J Equity Health*. 2017;16:78. doi:10.1186/s12939-017-0571-5.
15. Capper TS, Williamson M, Chee R. How is cultural safety understood and translated into midwifery practice? A scoping review and thematic analysis. *Nurse Educ Pract*. 2023;66:103507. doi:10.1016/j.nepr.2022.103507.
16. Maina G, Mclean M, Mcharo S, Kennedy M, Djiometio J, King A. A scoping review of school-based Indigenous substance use prevention in preteens (7-13 years). *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2020;15:74. doi:10.1186/s13011-020-00314-1.
17. Singh H, Fulton J 4th, Mirzazada S, Saragosa M, Uleryk EM, Nelson MLA. Community-based culturally tailored education programs for Black communities with cardiovascular disease, diabetes, hypertension, and stroke: Systematic review findings. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2023;10:2986-3006. doi:10.1007/s40615-022-01474-5.
18. Harfield SG, Davy C, McArthur A, Munn Z, Brown A, Brown N. Characteristics of Indigenous primary health care service delivery models: A systematic scoping review. *Global Health*. 2018;14:12. doi:10.1186/s12992-018-0332-2.
19. Yashadhana A, Lee L, Massie J, Burnett A. Non-clinical eye care support for Aboriginal and Torres Strait Islander Australians: A systematic review. *Med J Aust*. 2020;212:222-8. doi:10.5694/mja2.50480.

20. McDonald H, Browne J, Perruzza J, Svarc R, Davis C, Adams K, et al. Transformative effects of Aboriginal health placements for medical, nursing, and allied health students: A systematic review. *Nurs Health Sci.* 2018;20:154-64. doi:10.1111/nhs.12410.
21. Ewen SC, Paul DJ, Bloom GL. Do Indigenous health curricula in health science education reduce disparities in health care outcomes? *Med J Aust.* 2012;197:50-2. doi:10.5694/mja12.10219.
22. Cyril S, Smith BJ, Possamai-Inesedy A, Renzaho AMN. Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: A systematic review. *Glob Health Action.* 2015;8:29842. doi:10.3402/gha.v8.29842.
23. Whitehead L, Talevski J, Fatehi F, Beauchamp A. Barriers to and facilitators of digital health among culturally and linguistically diverse populations: Qualitative systematic review. *J Med Internet Res.* 2023;25:e42719. doi:10.2196/42719.
24. Brooks-Cleator L, Phillipps B, Giles A. Culturally safe health initiatives for Indigenous peoples in Canada: A scoping review. *Can J Nurs Res.* 2018;50:202-13. doi:10.1177/0844562118770334.
25. Dune T, Caputi P, Walker B. A systematic review of mental health care workers' constructions about culturally and linguistically diverse people. *PLoS One.* 2018;13(7):e0200662. doi:10.1371/journal.pone.0200662.
26. Graham S, Muir NM, Formsma JW, Smylie J. First Nations, Inuit and Métis peoples living in urban areas of Canada and their access to healthcare: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(11):5956. doi:10.3390/ijerph20115956.
27. Forsyth CJ, Irving MJ, Tennant M, Short SD, Gilroy JA. Teaching cultural competence in dental education: A systematic review and exploration of implica-

- tions for Indigenous populations in Australia. *J Dent Educ.* 2017;81:956-68. doi:10.21815/JDE.017.049.
28. Del Pino S, Sánchez-Montoya SB, Guzmán JM, Mújica OJ, Gómez-Salgado J, Ruiz-Frutos C. Health inequalities amongst people of African descent in the Americas, 2005-2017: A systematic review of the literature. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(18):3302. doi:10.3390/ijerph16183302.
 29. Kerr M, Jaure A, Stephens JH, Kim S, Cutler R, Cashmore B, et al. Experiences of Indigenous patients receiving dialysis: Systematic review of qualitative studies. *Am J Kidney Dis.* 2024;83:139-150.e1. doi:10.1053/j.ajkd.2023.07.014.
 30. Bhui KS, Aslam RW, Palinski A, McCabe R, Johnson MR, Weich S, et al. Interventions to improve therapeutic communications between Black and minority ethnic patients and professionals in psychiatric services: Systematic review. *Br J Psychiatry.* 2015;207:95-103. doi:10.1192/bjp.bp.114.158899.
 31. Bhui K, McCabe R, Weich S, Singh S, Johnson M, Szczepura A. THERACOM: A systematic review of the evidence base for interventions to improve therapeutic communications between Black and minority ethnic populations and staff in specialist mental health services. *Syst Rev.* 2013;2:15. doi:10.1186/2046-4053-2-15.
 32. Henderson S, Kendall E, See L. The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities: A systematic literature review. *Health Soc Care Community.* 2011;19:225-49. doi:10.1111/j.1365-2524.2010.00972.x.
 33. Glover M, Kira A, Johnston V, Walker N, Thomas D, Chang AB, et al. A systematic review of barriers and facilitators to participation in randomized controlled trials by Indigenous people from New Zealand, Australia, Canada and the United States. *Glob Health Promot.* 2015;22(4):21-31. doi:10.1177/1757975914528961.
 34. Karger S, Bull C, Enticott J, Callander EJ. Options for improving low birthweight and prematurity birth outcomes of indigenous and culturally and linguistically

- diverse infants: a systematic review of the literature using the social-ecological model. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):3. doi:10.1186/s12884-021-04307-1.
35. Bhattacharyya S, Benbow SM. Mental health services for Black and minority ethnic elders in the United Kingdom: A systematic review of innovative practice with service provision and policy implications. *Int Psychogeriatr*. 2013;25:359-73. doi:10.1017/S1041610212001858.
 36. Shrivastava R, Couturier Y, Girard F, Papineau L, Emami E. Two-eyed seeing of the integration of oral health in primary health care in Indigenous populations: A scoping review. *Int J Equity Health*. 2020;19:107. doi:10.1186/s12939-020-01195-3.
 37. Crowshoe LL, Henderson R, Jacklin K, Calam B, Walker L, Green ME. Educating for Equity Care Framework: Addressing social barriers of Indigenous patients with type 2 diabetes. *Can Fam Physician*. 2019;65(1):25-33.
 38. Lin IB, Bunzli S, Mak DB, Green C, Goucke R, Coffin J, et al. Unmet needs of Aboriginal Australians with musculoskeletal pain: A mixed-method systematic review. *Arthritis Care Res*. 2018;70:1335-47. doi:10.1002/acr.23493.
 39. Harfield S, Purcell T, Schioldann E, Ward J, Pearson O, Azzopardi P. Enablers and barriers to primary health care access for Indigenous adolescents: A systematic review and meta-aggregation of studies across Australia, Canada, New Zealand, and USA. *BMC Health Serv Res*. 2024;24:553. doi:10.1186/s12913-024-10796-5.
 40. Delgado-Peñaloza SM, Ortiz-Piedrahita V. Bases para la estructuración de un modelo en salud rural en Arauca. *Rev Salud Publica*. 2022;24(3). doi:10.15446/rsap.v24n3.103746.

41. Aguilar-Peña M, Tobar Blandón MF, García-Perdomo HA. Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Rev Salud Publica*. 2020;22:463-7. doi:10.15446/rsap.v22n4.87320.
42. Castro FG, Berkel C, Epstein DR. Cultural adaptations and cultural factors in EBI implementation with Latinx communities. *Front Public Health*. 2023;11:1007328. doi:10.3389/fpubh.2023.1007328.
43. Biles J, Deravin L, McMillan AM, Anderson J, Sara G, Biles B. Aboriginal and Torres Strait Islander nurses and midwives culturally safe mentoring programmes in Australia: A scoping review. *Contemp Nurse*. 2023;59(2):173-83. doi:10.1080/10376178.2023.2175700.
44. Pokharel B, Yelland J, Hooker L, Taft A. A systematic review of culturally competent family violence responses to women in primary care. *Trauma Violence Abuse*. 2023;24(2):928-45. doi:10.1177/15248380211046968.
45. Ramos LL, Véliz LH, Müller JR. Estrategias de consolidación de vínculos en contexto de intervenciones en salud intercultural en América Latina: Una revisión sistemática. *Rev Chil Enferm*. 2022;4:109-32. doi:10.5354/2452-5839.2022.66641.
46. Shorey S, Ng ED, Downe S. Cultural competence and experiences of maternity health care providers on care for migrant women: A qualitative meta-synthesis. *Birth*. 2021;48(4):458-69. doi:10.1111/birt.12581.
47. Vincze L, Barnes K, Somerville M, Littlewood R, Atkins H, Rogany A, et al. Cultural adaptation of health interventions including a nutrition component in Indigenous peoples: a systematic scoping review. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):125. doi:10.1186/s12939-021-01462-x.
48. Wali S, Superina S, Mashford-Pringle A, Ross H, Cafazzo JA. What do you mean by engagement? - evaluating the use of community engagement in the design and implementation of chronic disease-based interventions for Indigenous

- populations - scoping review. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):8. doi:10.1186/s12939-020-01346-6.
49. Webkamigad S, Rowe R, Peltier S, Chow AF, McGilton KS, Walker JD. Identifying and understanding the health and social care needs of Indigenous older adults with multiple chronic conditions and their caregivers: a scoping review. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):145. doi:10.1186/s12877-020-01552-5.
50. Sebastian S, Thomas DP, Brimblecombe J, Majoni V, Cunningham FC. Factors impacting on development and implementation of training programs for health professionals to deliver brief interventions, with a focus on programs developed for Indigenous clients: A literature review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(3):1094. doi:10.3390/ijerph17031094.
51. Üzar-Özçetin YS, Tee S. A PRISMA-driven systematic review for determining cross-cultural mental health care. *Int J Nurs Knowl*. 2020;31:150-9. doi:10.1111/2047-3095.12273.
52. Kuhn JL, Vanegas SB, Salgado R, Borjas SK, Magaña S, Smith DaWalt L. The cultural adaptation of a transition program for Latino families of youth with autism spectrum disorder. *Fam Process*. 2020;59(2):477-91. doi:10.1111/famp.12439.
53. Cooper DK, Wieling E, Domenech Rodríguez MM, Garcia-Huidobro D, Baumann A, Mejia A, et al. Latinx mental health scholars' experiences with cultural adaptation and implementation of systemic family interventions. *Fam Process*. 2020;59(2):492-508. doi:10.1111/famp.12433.
54. Ennis N, Shorer S, Shoval-Zuckerman Y, Freedman S, Monson CM, Dekel R. Treating posttraumatic stress disorder across cultures: A systematic review of cultural adaptations of trauma-focused cognitive behavioral therapies. *J Clin Psychol*. 2020;76(4):587-611. doi:10.1002/jclp.22909.
55. Koea J, Ronald M. What do Indigenous communities want from their surgeons and surgical services: A systematic review. *Surgery*. 2020;167:661-7. doi:10.1016/j.surg.2019.08.022.

56. Joo JY, Liu MF. Nurses' barriers to care of ethnic minorities: A qualitative systematic review. *West J Nurs Res.* 2020;42:760-71. doi:10.1177/0193945919883395.
57. Lidofsky A, Miller A, Jorgensen J, Tajik A, Tendeu K, Pius D, et al. Development and implementation of a culturally appropriate education program to increase cervical cancer screening among Maasai women in rural Tanzania. *Ann Glob Health.* 2019;85(1):127. doi:10.5334/aogh.2503.
58. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General Sistema Integral de Atención en Salud, Guatemala. Guía de acciones extramuros. 2019. Available from: http://bvs.gt/ebblueinfo/AII/AII_029.pdf
59. Handtke O, Schilgen B, Mösko M. Culturally competent healthcare - A scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision. *PLoS One.* 2019;14(7):e0219971. doi:10.1371/journal.pone.0219971.
60. Marriott R, Strobel NA, Kendall S, Bowen A, Eades AM, Landes JK, et al. Cultural security in the perinatal period for Indigenous women in urban areas: a scoping review. *Women Birth.* 2019;32(5):412-26. doi:10.1016/j.wombi.2019.06.012.
- Evans C, Tweheyo R, McGarry J, Eldridge J, Albert J, Nkoyo V, et al. Seeking culturally safe care: a qualitative systematic review of the healthcare experiences of women and girls who have undergone female genital mutilation/cutting. *BMJ Open.* 2019;9(5):e027452. doi:10.1136/bmjopen-2018-027452.
62. Elman A, Etter M, Fairman K, Chatwood S. Mental health services in the Northwest Territories: a scoping review. *Int J Circumpolar Health.* 2019;78(1):1629783. doi:10.1080/22423982.2019.1629783.
63. Evans C, Tweheyo R, McGarry J, Eldridge J, Albert J, Nkoyo V, et al. Crossing cultural divides: A qualitative systematic review of factors influencing the provision of healthcare related to female genital mutilation from the perspective

- of health professionals. PLoS One. 2019;14(3):e0211829. doi:10.1371/journal.pone.0211829.
64. Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database Syst Rev. 2019;3(3):CD012449. doi:10.1002/14651858.CD012449.pub2.
65. Schill K, Caxaj S. Cultural safety strategies for rural Indigenous palliative care: a scoping review. BMC Palliat Care. 2019;18(1):21. doi:10.1186/s12904-019-0404-y.
66. Brock MJ, Fowler LB, Freeman JG, Richardson DC, Barnes LJ. Cultural immersion in the education of healthcare professionals: A systematic review. J Educ Eval Health Prof. 2019;16:4. doi:10.3352/jeehp.2019.16.4.
67. Gwynne K, Jeffries T Jr, Lincoln M. Improving the efficacy of healthcare services for Aboriginal Australians. Aust Health Rev. 2019;43(3):314-22. doi:10.1071/AH17142.
68. Nnaji C, Boone M, Pugnaire MP, Goode T, Wellman S, Gunn AR, et al. An innovative simulation-based community-engaged intervention for training research assistants in culturally appropriate informed consent. Prog Community Health Partnersh. 2018;12:247-62. doi:10.1353/cpr.2018.0049.
69. Lai GC, Taylor EV, Haigh MM, Thompson SC. Factors affecting the retention of Indigenous Australians in the health workforce: A systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(5):914. doi:10.3390/ijerph15050914.
70. Jongen C, McCalman J, Bainbridge R. Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):232. doi:10.1186/s12913-018-3001-5.
71. Campbell S, McCalman J, Redman-MacLaren M, Canuto K, Vine K, Sewter J, et al. Implementing the Baby One Program: a qualitative evaluation of fami-

- ly-centred child health promotion in remote Australian Aboriginal communities. BMC Pregnancy Childbirth. 2018;18(1):73. doi:10.1186/s12884-018-1711-7.
72. Jennings W, Bond C, Hill PS. The power of talk and power in talk: a systematic review of Indigenous narratives of culturally safe healthcare communication. Aust J Prim Health. 2018;24(2):109-15. doi:10.1071/PY17082.
73. Isaacson MJ, Lynch AR. Culturally relevant palliative and end-of-life care for U.S. Indigenous populations: An integrative review. J Transcult Nurs. 2018;29:180-91. doi:10.1177/1043659617720980.
74. Caxaj CS, Schill K, Janke R. Priorities and challenges for a palliative approach to care for rural indigenous populations: A scoping review. Health Soc Care Community. 2018;26(3):e329-36. doi:10.1111/hsc.12469.
75. Sandes LFF, Freitas DA, de Souza MFNS, Leite KBS. Atenção primária à saúde de indígenas sul-americanos: revisão integrativa da literatura. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e163. doi:10.26633/RPSP.2018.163.
76. Farnbach S, Eades AM, Fernando JK, Gwynn JD, Glozier N, Hackett ML. The quality of Australian Indigenous primary health care research focusing on social and emotional wellbeing: a systematic review. Public Health Res Pract. 2017;27(4):27341700. doi:10.17061/phrp27341700.
77. Jones E, Lattof SR, Coast E. Interventions to provide culturally-appropriate maternity care services: factors affecting implementation. BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17(1):267. doi:10.1186/s12884-017-1449-7.
78. Prates ML, Machado JC, Silva LSD, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET, et al. Performance of primary health care according to PCATool instrument: a systematic review. Cien Saude Colet. 2017;22(6):1881-93. doi:10.1590/1413-81232017226.14282016.

79. Tsai C, Blinkhorn A, Irving M. Oral health programmes in Indigenous communities worldwide-lessons learned from the field: A qualitative systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2017;45:389-97. doi:10.1111/cdoe.12302.
80. Chu J, Leino A. Advancement in the maturing science of cultural adaptations of evidence-based interventions. *J Consult Clin Psychol.* 2017;85:45-57. doi:10.1037/ccp0000145.
81. Corcoran PM, Catling C, Homer CS. Models of midwifery care for Indigenous women and babies: A meta-synthesis. *Women Birth.* 2017;30(1):77-86. doi:10.1016/j.wombi.2016.08.003.
82. Gwynne K, Lincoln M. Developing the rural health workforce to improve Australian Aboriginal and Torres Strait Islander health outcomes: a systematic review. *Aust Health Rev.* 2017;41(2):234-8. doi:10.1071/AH15241.
83. Alvarez FN, Leys M, Mérida HE, Guzmán GE. Primary health care research in Bolivia: systematic review and analysis. *Health Policy Plan.* 2016;31(1):114-28. doi:10.1093/heapol/czv013.
84. Antonio MCK, Chung-Do JJ. Systematic review of interventions focusing on Indigenous adolescent mental health and substance use. *Am Indian Alsk Native Ment Health Res.* 2015;22:36-56. doi:10.5820/aian.2203.2015.36.
85. McCalman J, Searles A, Bainbridge R, Ham R, Mein J, Neville J, et al. Empowering families by engaging and relating Murri way: a grounded theory study of the implementation of the Cape York Baby Basket program. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15:119. doi:10.1186/s12884-015-0543-y.
86. Pidgeon F. Occupational therapy: What does this look like practised in very remote Indigenous areas? *Rural Remote Health.* 2015;15:3002.

87. Lam Ung CO, Kbar N, Aslani P, Smith L, Gelissen IC, Harnett JE. Pharmacy education in traditional and complementary medicines - A systematic review. *Res Social Adm Pharm.* 2023;19(10):1331-53. doi:10.1016/j.sapharm.2023.07.007.
88. Green B, Colucci E. Traditional healers' and biomedical practitioners' perceptions of collaborative mental healthcare in low- and middle-income countries: A systematic review. *Transcult Psychiatry.* 2020;57:94-107. doi:10.1177/1363461519894396.
89. Cianconi P, Lesmana CBJ, Ventriglio A, Janiri L. Mental health issues among indigenous communities and the role of traditional medicine. *Int J Soc Psychiatry.* 2019;65(4):289-99. doi:10.1177/0020764019840060.
90. Estrella P, Venturiello M. Concepciones y prácticas de salud de las familias de la comunidad Mapuche Payla Menuko a partir de la implementación del Plan de Salud Rural. 2018. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1000390>
91. Shewamene Z, Dune T, Smith CA. The use of traditional medicine in maternity care among African women in Africa and the diaspora: a systematic review. *BMC Complement Altern Med.* 2017;17(1):382. doi:10.1186/s12906-017-1886-x.
92. Viscogliosi C, Asselin H, Basile S, Couturier Y, Drolet MJ, Gagnon D, et al. A scoping review protocol on social participation of indigenous elders, intergenerational solidarity and their influence on individual and community wellness. *BMJ Open.* 2017;7(5):e015931. doi:10.1136/bmjopen-2017-015931.
93. Strobel NA, Chamberlain C, Campbell SK, Shields L, Bainbridge RG, Adams C, et al. Family-centred interventions for Indigenous early childhood well-being by primary healthcare services. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;12(12):CD012463. doi:10.1002/14651858.CD012463.pub2.

94. Horvat L, Horey D, Romios P, Kis-Rigo J. Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(5):CD009405. doi:10.1002/14651858.CD009405.pub2.
95. Healey P, Stager ML, Woodmass K, Dettlaff AJ, Vergara A, Janke R, et al. Cultural adaptations to augment health and mental health services: A systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2017;17:8. doi:10.1186/s12913-016-1953-x.
96. Bansal N, Karlsen S, Sashidharan SP, Cohen R, Chew-Graham CA, Malpass A. Understanding ethnic inequalities in mental healthcare in the UK: A meta-ethnography. *PLoS Med*. 2022;19(12):e1004139. doi:10.1371/journal.pmed.1004139.
97. Mayeda DP, Ward KT. Methods for overcoming barriers in palliative care for ethnic/racial minorities: A systematic review. *Palliat Support Care*. 2019;17:1-10. doi:10.1017/S1478951519000403.
98. Dixon KC, Ferris R, Kuhn I, Spathis A, Barclay S. Gypsy, Traveller and Roma experiences, views and needs in palliative and end of life care: A systematic literature review and narrative synthesis. *BMJ Support Palliat Care*. 2021. doi:10.1136/bmjspcare-2020-002676.
99. Cronin A, Ibrahim N. A scoping review of literature exploring factors affecting vaccine uptake within Roma communities across Europe. *Expert Rev Vaccines*. 2022;21:1429-42. doi:10.1080/14760584.2022.2104715.
100. McFadden A, Siebelt L, Gavine A, Atkin K, Bell K, Innes N, et al. Gypsy, Roma and Traveller access to and engagement with health services: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2018;28(1):74-81. doi:10.1093/eurpub/ckx226.
101. Chow S, Bale S, Sky F, Wesley S, Beach L, Hyett S, et al. The Wequedong Lodge Cancer Screening Program: implementation of an opportunistic cancer screening pilot program for residents of rural and remote Indigenous communi-

- ties in Northwestern Ontario, Canada. *Rural Remote Health*. 2020;20(1):5576. doi:10.22605/RRH5576.
102. Hutt-MacLeod D, Rudderham H, Sylliboy A, Sylliboy-Denny M, Liebenberg L, Denny JF, et al. Eskasoni First Nation's transformation of youth mental health-care: Partnership between a Mi'kmaq community and the ACCESS Open Minds research project in implementing innovative practice and service evaluation. *Early Interv Psychiatry*. 2019;13 Suppl 1:42-7. doi:10.1111/eip.12817.
 103. Douwes R, Stuttaford M, London L. Social Solidarity, Human Rights, and Collective Action: Considerations in the Implementation of the National Health Insurance in South Africa. *Health Hum Rights*. 2018;20(2):185-96.
 104. 104. Novins D, Meyer A, Beltangady M. Contextual issues for implementation and evaluation of home-visitation programs for American Indian and Alaska Native communities: An introduction to the Tribal Maternal, Infant, and Early Childhood Home Visiting Program. *Infant Ment Health J*. 2018;39:259-64. doi:10.1002/imhj.21705.
 105. 105. Pérez C, Nazar G, Cova F. Facilitadores y barreras para la implementación de la política de salud intercultural en Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;39:122-7. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1020-49892016000200122

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas



BVSCOLOMBIA

BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD
DE COLOMBIA