

Fortalecer la atención primaria de salud para hacer frente a la discriminación racial, promover servicios interculturales y reducir las desigualdades sanitarias

Síntesis de la investigación



Organización
Mundial de la Salud

Créditos de la portada:

Charlie Tjararu Tjungurrayi

Pintupi c.1921-1999

Kapi Tjukurpa (Sueño de agua) 1972

Pintura de polímero sintético sobre tablero de fibra prensada

53,3 × 50,5 cm

Obsequio del Departamento de Asuntos Aborígenes, 1975. Museum and Art Gallery of the Northern Territory Collection (WAL 144).

© Propiedad del artista con licencia de Aboriginal Artists Agency Ltd/Papunya Tula Artists

Fortalecer la atención primaria de salud para hacer frente a la discriminación racial, promover servicios interculturales y reducir las desigualdades sanitarias

Síntesis de la investigación



**Organización
Mundial de la Salud**

Fortalecer la atención primaria de salud para hacer frente a la discriminación racial, promover servicios interculturales y reducir las desigualdades sanitarias: síntesis de la investigación [Strengthening primary health care to tackle racial discrimination, promote intercultural services and reduce health inequities: research brief]

ISBN 978-92-4-006236-8 (versión electrónica)

ISBN 978-92-4-006237-5 (versión impresa)

© Organización Mundial de la Salud 2022

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la OMS refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OMS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: «La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante».

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<https://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules>).

Forma de cita propuesta. Fortalecer la atención primaria de salud para hacer frente a la discriminación racial, promover servicios interculturales y reducir las desigualdades sanitarias: síntesis de la investigación [Strengthening primary health care to tackle racial discrimination, promote intercultural services and reduce health inequities: research brief]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Catalogación (CIP). Puede consultarse en <http://apps.who.int/iris>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, véase <http://apps.who.int/bookorders>. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <https://www.who.int/es/copyright>.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OMS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

Lista de recuadros	iv
Prefacio	v
Nota de agradecimiento	vi
Resumen	vii
1. Introducción	1
Definiciones de trabajo	2
2. Los sistemas de salud y la discriminación racial	6
3. Atención primaria de salud (APS): incorporar medidas para hacer frente a la discriminación racial y las desigualdades sanitarias	11
Mecanismo estratégico 1: Compromiso y liderazgo políticos	11
Mecanismo estratégico 2: Marcos de gobernanza y de política.	13
Mecanismo estratégico 3: Financiación y asignación de servicios	15
Mecanismo estratégico 4: Participación de las comunidades y otras partes interesadas	16
Mecanismo operacional 5: Modelos de atención	18
Mecanismo operacional 6: Personal de atención primaria de salud	20
Mecanismo operacional 7: Infraestructura física.	22
Mecanismo operacional 8: Medicamentos y otros productos sanitarios.	23
Mecanismo operacional 9: Colaboración con los prestadores del sector privado.	24
Mecanismo operacional 10: Sistemas de compra y de pago.	25
Mecanismo operacional 11: Tecnologías digitales para la salud	26
Mecanismo operacional 12: Sistemas para mejorar la calidad de la atención	27
Mecanismo operacional 13: Investigaciones orientadas a la atención primaria de salud	28
Mecanismo operacional 14: Seguimiento y evaluación	29
4. Conclusión	32
Referencias	34

Lista de recuadros

Recuadro 1. Racismo	4
Recuadro 2. Ejemplos de desigualdades sanitarias a las que se enfrentan las poblaciones que sufren discriminación racial	7
Recuadro 3. Un enfoque gubernamental integral sobre las desigualdades sanitarias en Nueva Zelanda	12
Recuadro 4. Plan nacional de salud para afrodescendientes en Costa Rica	13
Recuadro 5. Acción gubernamental para promover la salud de los pueblos indígenas en el Canadá	14
Recuadro 6. Promoción de los derechos y libertades de los afrodescendientes y los pueblos indígenas a través de la legislación nacional en Bolivia	15
Recuadro 7. Un «conjunto de herramientas para la equidad racial: una oportunidad para hacer efectiva la equidad» en los Estados Unidos de América	16
Recuadro 8. Elaboración de estrategias de salud infantil con la participación de los pueblos indígenas en Groenlandia	17
Recuadro 9. «Parir en la tierra» en Australia	19
Recuadro 10. Salud intercultural en Suriname	20
Recuadro 11. Descolonización de la enseñanza de la medicina en el norte de Ontario (Canadá)	22
Recuadro 12. Unidades flotantes de atención primaria de salud en el Brasil	23
Recuadro 13. Medicina tradicional y complementaria en el Congo	24
Recuadro 14. Mejora de los servicios de atención de salud de las poblaciones tribales en la India	25
Recuadro 15. Telemedicina a través de TulaSalud en Guatemala	26
Recuadro 16. Mejora de la calidad de la atención materna de los pueblos indígenas en Colombia	27
Recuadro 17. Reflexiones sobre la investigación participativa con base comunitaria en Ghana	28
Recuadro 18. Red mundial para la investigación participativa de las mujeres indígenas	29
Recuadro 19. El Marco estratégico 2020-2030 de la UE para la igualdad, la inclusión y la participación de los gitanos	30
Recuadro 20. Investigación, seguimiento y estrategias para hacer frente a las desigualdades en la transmisión de la COVID-19 y la aceptación de la vacunación en Inglaterra	31

P

Prefacio

En el 13.º Programa General de Trabajo 2019-2023, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se compromete a trabajar en favor de las poblaciones en situación de vulnerabilidad que se enfrentan a la marginación, la exclusión y la discriminación. Las estructuras de desventaja, marginación, exclusión y discriminación que tienen raíces históricas y manifestaciones actuales impulsan las desigualdades socioeconómicas y sanitarias. Desde 2021, a través de su línea de trabajo sobre etnicidad y salud, la OMS se ha propuesto apoyar la lucha contra las desigualdades sanitarias vinculadas al racismo, la discriminación racial y las formas de exclusión social que se entrecruzan. Para ello, aporta datos empíricos, trabaja a todos los niveles de la Organización para apoyar a las autoridades nacionales y colabora con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas para incorporar sistemáticamente un enfoque sobre la discriminación racial y la protección de las minorías. Una de las actividades de esta línea de trabajo se centra en apoyar a las autoridades nacionales y locales en el fortalecimiento de la atención primaria de salud (APS) para combatir la discriminación racial y reducir las desigualdades sanitarias que afectan a los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas.

La documentación que ha servido de base a esta síntesis de la investigación procede de diversas fuentes. Se realizaron búsquedas en bases de datos académicas y en sitios web de organizaciones intergubernamentales mediante palabras clave para encontrar la bibliografía de interés. Las búsquedas se estructuraron en torno a los 14 mecanismos estratégicos y operacionales del marco operacional de la OMS para la atención primaria de salud. Las búsquedas de bibliografía académica se realizaron a través de MEDLINE, EMBASE y Google Scholar, mientras que las búsquedas en los sitios web de las organizaciones intergubernamentales incluyeron las de la OMS (sede y oficinas regionales), el Banco Mundial, la Comisión Europea y los organismos de las Naciones Unidas. También se realizaron búsquedas específicas para obtener bibliografía de las seis regiones de la OMS. Los autores incluyeron bibliografía de interés basada en sus propios conocimientos y consultaron a expertos en la materia para obtener fuentes adicionales. Se utilizó un enfoque de bola de nieve, con el que se examinaron las referencias de la bibliografía pertinente para localizar otros estudios de interés.

La documentación incluida se priorizó en función de su pertinencia para la salud intercultural, el racismo y la discriminación racial en relación con la salud y la atención primaria de salud. Esto incluía estudios en que se evaluaban intervenciones relacionadas con la lucha contra la discriminación racial y la salud intercultural dentro de los sistemas de salud, así como estudios teóricos sobre estas cuestiones. Los estudios se seleccionaron en función de su pertinencia y para garantizar la representación geográfica.

Kunming (China). Mujeres de una minoría étnica de China. Foto: Steve Evans/CC BY.



Nota de agradecimiento

Este documento fue encargado por la OMS a Thomas Hone (Imperial College London). La necesidad de su elaboración se determinó mediante una colaboración técnica interdepartamental dirigida por Theadora Swift Koller (asesora técnica superior en equidad en materia de salud) y Susana Gómez (consultora en materia de etnicidad y salud) del equipo de Género, Equidad y Derechos Humanos de la sede de la OMS, y Shannon Barkley, del Programa Especial de Atención Primaria de Salud, de la sede de la OMS; este personal de la OMS supervisó la conceptualización y elaboración del documento y fue coautor del texto. También colaboraron como coautores Mala Rao (Imperial College London) y Andréa Ferreira (Instituto Gonçalo Moniz, Fundação Oswaldo Cruz Bahia).

La OMS agradece sinceramente las aportaciones recibidas durante la serie de exámenes *inter pares* de Sandra del Pino (OPS/OMS), Bernardino Vitoy (OPS/OMS en el Brasil), Yamira del Villar (OPS/OMS en la República Dominicana), Claude Cahn (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos), Matthew Nielson (OMS/Sede), Fadhi Dkhimi (OMS/Sede), Mariam Wallet Mohamed

Aboubakrine (Asociación Tin Hinane), Myrna Cunningham (Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe) y Sridhar Venkatapuram (King's Global Health Institute). La OMS también desea dar las gracias a Francene Larzelere y Novalene Alsenay Goklish (Johns Hopkins Center for American Indian Health), Patricia Da Silva (Fondo de Población de las Naciones Unidas) y Christina Viskum Lytken Larsen (Instituto Nacional de Salud Pública, Dinamarca).

Un agradecimiento especial a la Princesa Nothemba Simelela (Subdirectora General de la Familia, Mujeres, Niños y Adolescentes), Suraya Dalil (Directora del Programa Especial de Atención Primaria de la Salud de la OMS) y Erin Maura Kenney (jefa interina del equipo de Género, Equidad y Derechos Humanos) por su orientación estratégica. La publicación y su traducción al francés y al español han sido financiadas a través del proyecto de fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud y de la atención primaria de la salud a nivel local y nacional para la recuperación y resiliencia de los países en el contexto de la COVID-19, auspiciado por la OMS y el Gobierno del Canadá.

Resumen

Mientras los países se esfuerzan por avanzar hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y lograr la cobertura sanitaria universal, las desigualdades sanitarias provocadas por la discriminación racial y los factores interrelacionados siguen estando omnipresentes. Las desigualdades que sufren los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas son preocupantes a nivel mundial; son injustas, prevenibles y remediables.

Los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas tienen más probabilidad de vivir en condiciones socioeconómicas adversas, a menudo influidas por la discriminación racial, y de sufrir formas de desventaja que se combinan y entrecruzan en muchos aspectos de su vida. Las desigualdades que afectan a las poblaciones que se enfrentan a la discriminación hunden sus raíces en el racismo conformado por los legados de la esclavitud, la servidumbre, el colonialismo, el imperialismo, la guerra, el ultranacionalismo, el absolutismo étnico, la xenofobia y el discurso de odio; se reflejan en desventajas sociales y económicas persistentes y multigeneracionales. Todo ello a pesar de las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos que prohíben la discriminación racial en todas sus formas y garantizan los derechos de todos ante la ley, sin distinción por razones de raza, color u origen nacional o étnico.

Los propios sistemas de salud son determinantes importantes de la salud y la equidad sanitaria, también para los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas, así como para los pueblos indígenas. Los sistemas de salud pueden perpetuar las desigualdades sanitarias al reflejar el racismo estructural y las prácticas discriminatorias de la sociedad en general. En este sentido, el racismo sistémico (por ejemplo, relacionado con la ubicación de los servicios o los requisitos para acceder a ellos), los prejuicios implícitos, la práctica clínica mal informada o la discriminación por parte de los profesionales de la salud contribuyen a las desigualdades sanitarias. Además, la falta de atención

intercultural puede ser un reflejo de unos servicios de salud más orientados a determinadas poblaciones, lenguas o culturas, con insuficiente o nula atención a las diferentes preferencias, lenguas y creencias culturales de los pacientes. Ahora bien, los sistemas de salud también pueden convertirse en una de las principales fuerzas para combatir las desigualdades a las que se enfrentan las poblaciones que sufren discriminación racial. Pueden abogar por el apoyo de todos los sectores para hacer frente a la discriminación racial, al poner de relieve la evidencia de su repercusión negativa en la salud. Además, mediante la aplicación de enfoques basados en la equidad, el género y los derechos humanos, los sistemas de salud pueden prestar servicios de salud interculturales y orientados a la equidad que redunden en la reducción de las desigualdades sanitarias y la realización de otros derechos humanos fundamentales, como, por ejemplo, el derecho a la participación.

La atención primaria de salud (APS) representa la estrategia esencial que permite reorientar los sistemas de salud y las sociedades para que sean más saludables, equitativos, eficaces y sostenibles. En 2018, al cumplirse el 40.º aniversario de la Declaración de Alma-Ata, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) renovaron el énfasis en la atención primaria de salud con su estrategia sobre la atención primaria de salud en el siglo XXI, la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (*A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*). En la estrategia se afirma que la atención primaria de salud es indispensable para lograr la cobertura sanitaria universal y cumplir los ODS, especialmente los ODS relativos a la salud (ODS 3) y la igualdad (ODS 10).

El fortalecimiento de los sistemas de salud orientados a la atención primaria, como plataforma para el cambio social, puede contribuir a combatir la discriminación racial y a reducir las desigualdades sanitarias que afectan a las

poblaciones que sufren esa discriminación. Esto se debe a que la atención primaria de salud se ocupa de las causas profundas de la mala salud y las desigualdades, se centra en la justicia social (incluida la acción por la justicia racial), apela a enfoques interseccionales y multisectoriales de la salud y el bienestar, y presta atención al empoderamiento de todas las comunidades.

La OMS ha señalado 14 mecanismos estratégicos y operacionales con los que los responsables políticos pueden reforzar la atención primaria de salud. Cada mecanismo dispone de múltiples puntos de partida posibles para emprender acciones específicas dirigidas a combatir la discriminación racial, fomentar la atención de salud intercultural y reducir las desigualdades sanitarias que sufren los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas. En el cuadro que figura a continuación se ofrece un resumen no exhaustivo de esos puntos de partida, basado en una revisión rápida de la bibliografía. Un análisis detallado del estado de salud y de las necesidades de salud específicas de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas queda fuera del alcance de este informe.

La atención primaria de salud proporciona una plataforma ideal para integrar las medidas dirigidas a combatir las desigualdades sanitarias que afectan a las poblaciones que sufren discriminación racial, ya que constituye un programa de cambio social, tiene el compromiso de no dejar a nadie atrás, incluye acciones de largo alcance para abordar los determinantes sociales más amplios de la salud y se centra explícitamente en la lucha contra la inequidad y sus causas profundas. No obstante, siguen existiendo carencias en materia de investigación, y es fundamental reforzar la base empírica para poder actuar contra las desigualdades sanitarias. De cara al futuro, los aspectos fundamentales que hay que tener en cuenta son: el fortalecimiento de los enfoques participativos en la investigación, un mayor perfeccionamiento conceptual interdisciplinario a nivel mundial, la subsanación de la falta de datos desglosados por origen étnico y otras estratificaciones sociales pertinentes, la profundización en la base de conocimientos sobre la lucha contra las formas de desventaja concurrentes y transversales que interactúan con la discriminación racial, la ampliación del conocimiento de las necesidades y creencias de las distintas poblaciones basadas en diferentes visiones del mundo, el reconocimiento del valor de la cultura y la diversidad, y la definición de prácticas e intervenciones prometedoras para abordar el racismo y la discriminación racial.

Posibles ámbitos de actuación para afrontar la discriminación racial, en función de los mecanismos de la atención primaria de salud

Mecanismos de la APS	Puntos de partida para abordar la discriminación racial y garantizar la atención intercultural
----------------------	--

Mecanismos estratégicos

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1. Compromiso y liderazgo políticos | <ul style="list-style-type: none"> ■ Incorporar objetivos específicos en las políticas para combatir las desigualdades sanitarias que sufren las poblaciones afectadas por la discriminación racial. ■ Crear un firme compromiso con el fortalecimiento de la atención primaria de salud en las zonas geográficas con mayores índices de privación multidimensional y donde es más probable que vivan las poblaciones que sufren discriminación racial. ■ Fomentar reformas de la atención primaria de salud basadas en el universalismo progresivo. ■ Adoptar una postura frente a la xenofobia, la desinformación racista, el discurso de odio, los estereotipos y las prácticas discriminatorias, y asegurarse de que se articulan claramente los efectos negativos de estos fenómenos sobre la salud y el bienestar. ■ Promover políticas e intervenciones que reconozcan y apliquen un enfoque intercultural e intersectorial, junto con actuaciones sobre los determinantes sociales para combatir la discriminación racial. ■ Reconocer que las propias estructuras políticas y de alto nivel deben cambiar para incluir y garantizar la participación de diversos actores en los procesos de toma de decisiones. |
| 2. Marcos de gobernanza y de política | <ul style="list-style-type: none"> ■ Reforzar la legislación vigente o adoptar nuevas leyes contra la discriminación que se ajusten a las normas internacionales de derechos humanos. ■ Utilizar los marcos de políticas para combatir explícitamente la xenofobia, la desinformación racista, el discurso de odio y los estereotipos en los medios de comunicación. ■ Institucionalizar las sinergias multisectoriales entre la salud y otros sectores para afrontar los determinantes sociales de la salud transversales y concurrentes que afectan a las poblaciones que sufren discriminación racial. ■ Fomentar el respeto y el fortalecimiento de las instituciones organizativas, sociales y culturales de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas, apoyando al mismo tiempo su derecho a la plena participación en la vida política, económica, social y cultural. ■ Asegurarse de que el sector de la salud cuenta con políticas, códigos de conducta, directrices y la observancia de medidas contra la discriminación, así como con mecanismos funcionales de reparación de agravios. |

Mecanismos de la APS

Puntos de partida para abordar la discriminación racial y garantizar la atención intercultural

3. Financiación y asignación de servicios
 - Garantizar enfoques presupuestarios orientados a la equidad en la atención primaria de salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud, de manera que las zonas más desfavorecidas con mayores necesidades sanitarias reciban los recursos adecuados.
 - Incorporar una perspectiva étnica para comprender mejor el papel de la financiación de los sistemas de salud en la lucha contra las desigualdades.
 - Introducir acuerdos de financiación que permitan una financiación conjunta entre el sector de la salud y otros sectores; por ejemplo, para aunar los servicios de salud y los servicios sociales.
 - Promover enfoques presupuestarios participativos en los que las comunidades puedan participar en la decisión de cómo las asignaciones presupuestarias pueden satisfacer mejor las necesidades de la comunidad.
 - Garantizar la asignación adecuada de fondos para los mecanismos de lucha contra la discriminación y la coordinación o integración de servicios de salud interculturales, con arreglo al contexto nacional.
4. Participación de las comunidades y otras partes interesadas
 - Fomentar la participación social y las plataformas de rendición de cuentas para los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas que sufren discriminación racial, estigmatización y exclusión.
 - Garantizar oportunidades de participación efectiva y equitativa de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas en los asuntos que afecten a sus derechos, respetando al mismo tiempo sus estructuras organizativas y teniendo en cuenta las consideraciones de género.
 - Invertir en la creación de capacidades de los profesionales de la salud y de las comunidades que sufren discriminación racial para garantizar oportunidades equitativas de participación.
 - Tener en cuenta las barreras lingüísticas, geográficas, financieras, de género y de otro tipo para la participación.
 - Defender y empoderar a los profesionales de la salud de las comunidades que sufren discriminación racial para que tengan una voz justa y asuman posiciones de liderazgo.

Mecanismos operacionales

5. Modelos de atención
 - Como prioridad en materia de equidad sanitaria, los sistemas de salud deben orientarse hacia una atención primaria de alta calidad, que garantice un acceso equitativo en todos los niveles de atención.
 - Invertir en el aumento de la accesibilidad de los servicios de atención primaria, especialmente para los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas con menores niveles de acceso.
 - Promover la continuidad de la atención primaria y hacer frente a los obstáculos específicos para la prestación de atención a lo largo del tiempo para las poblaciones que sufren discriminación racial.
 - Desarrollar servicios de salud integrados y centrados en la persona que se adapten a las identidades, creencias, preferencias y necesidades de salud, respetando al mismo tiempo la dignidad, las circunstancias sociales y la cultura de las personas.
 - Crear servicios integrales de atención primaria que integren la atención preventiva, curativa y de rehabilitación basada en enfoques centrados en la persona.
 - Reforzar los servicios de atención primaria mediante la incorporación de enfoques interculturales basados en el diálogo sobre conocimientos entre las medicinas y las prácticas convencionales y tradicionales como forma de lograr una atención de salud centrada en la persona y en la comunidad.
6. Personal de atención primaria de salud
 - Invertir en formación contra el racismo, la discriminación y sobre competencia cultural para los profesionales de la salud e impartirla.
 - Considerar la posibilidad de ampliar el personal de atención primaria de salud para incluir a profesionales centrados específicamente en la atención intercultural, además de ampliar las competencias interculturales del personal existente.
 - Crear estructuras basadas en equipos que promuevan una acción coordinada para abordar las desigualdades sanitarias que sufren las poblaciones discriminadas.
 - Alentar a las facultades de medicina a que aumenten la diversidad y la representatividad de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otras minorías étnicas, con arreglo al contexto nacional. Esto es importante para la formación de todo el espectro de profesionales de la atención de salud y debe estar respaldado por medidas de apoyo a las instituciones educativas con marcos jurídicos y políticos conexos.
 - Reducir las barreras a la promoción y garantizar la formación de profesionales médicos pertenecientes a grupos étnicos y raciales discriminados para asegurar la representatividad en toda la jerarquía de categorías laborales.
 - Introducir o reforzar los planes de estudio de las facultades de medicina, las instituciones educativas y la formación en el servicio sobre los temas de la salud intercultural, las desigualdades sanitarias relacionadas con la discriminación, el racismo y la exclusión, y el papel de los servicios de salud en la exacerbación y el alivio de estas desigualdades.
7. Infraestructura física
 - Instaurar sistemas de asignación de recursos que mejoren la equidad y corrijan la falta histórica de inversión en zonas habitadas mayormente por personas en situación de exclusión social, incluidos los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas.
 - Ofrecer establecimientos de atención de salud flexibles, adaptados a la realidad local y culturalmente apropiados que se ajusten a las necesidades y preferencias de las comunidades locales.
 - Garantizar la prestación de servicios a las comunidades móviles o nómadas.

Mecanismos de la APS**Puntos de partida para abordar la discriminación racial y garantizar la atención intercultural**

- | | |
|--|---|
| 8. Medicamentos y otros productos sanitarios | <ul style="list-style-type: none">■ Evaluar críticamente los medicamentos y productos sanitarios actuales y futuros para detectar la influencia de prejuicios raciales o étnicos conscientes e inconscientes.■ Abordar, a través de la reglamentación, la asequibilidad de los productos de atención de salud cuyos costos pueden afectar de manera desproporcionada a las poblaciones en situación de exclusión social, como las personas afectadas por la discriminación racial.■ Promover el reconocimiento, el respeto y la protección de las medicinas tradicionales, ancestrales y complementarias basadas en el conocimiento en los sistemas nacionales de salud, así como la coordinación con esas medicinas. |
| 9. Colaboración con los prestadores del sector privado | <ul style="list-style-type: none">■ Asegurarse de que los proveedores del sector privado respetan las prácticas relativas a la no discriminación y se ajustan a las normas de derechos humanos cuando prestan la atención de salud, mediante la reglamentación, la observancia y la rectoría del sistema privado.■ Reglamentar con vistas a reducir los efectos del sector privado en los determinantes sociales más amplios de la salud a fin de hacer frente a las desigualdades sanitarias que sufren las poblaciones que se enfrentan a la discriminación racial. |
| 10. Sistemas de compra y de pago | <ul style="list-style-type: none">■ Establecer mecanismos estratégicos de compra y contratación que favorezcan la equidad, como la contratación de proveedores de servicios locales pertenecientes a minorías.■ Aprovechar los sistemas de pago para incentivar las acciones dirigidas a reducir las desigualdades sanitarias.■ Incentivar la participación comunitaria activa, en lugar de pasiva, de las poblaciones que sufren discriminación racial a través de los sistemas de compra y de pago. |
| 11. Tecnologías digitales para la salud | <ul style="list-style-type: none">■ Invertir en plataformas tecnológicas digitales accesibles y universales.■ Emplear la telemedicina como una herramienta importante para reducir las barreras de acceso a la atención de salud. |
| 12. Sistemas para mejorar la calidad de la atención | <ul style="list-style-type: none">■ Utilizar una política y una estrategia nacionales de calidad como punto de partida para el diálogo estratégico sobre el papel del sistema de salud en la lucha contra las desigualdades sanitarias.■ Hacer de la lucha contra las desigualdades sanitarias que sufren los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas uno de los objetivos y prioridades de las políticas y estrategias nacionales de calidad.■ Incorporar explícitamente las perspectivas de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas en las definiciones locales de calidad, especialmente con relación a la atención equitativa y centrada en la persona.■ Exigir a los equipos clínicos y de gestión responsables de la aplicación que reflejen la inclusividad y el compromiso de reducir la desigualdad en sus propios enfoques y valores.■ Ampliar los mecanismos de mejora de la calidad para centrarse específicamente en las desigualdades en la calidad de la atención de salud para las poblaciones afectadas por la discriminación racial. |
| 13. Investigaciones orientadas a la atención primaria de salud | <ul style="list-style-type: none">■ Promover enfoques de investigación participativa en materia de salud de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas.■ Documentar y evaluar intervenciones eficaces que puedan abordar los determinantes subyacentes de las desigualdades sanitarias, las barreras de acceso a la atención primaria de gran calidad y la discriminación basada en los servicios.■ Invertir en enfoques de investigación flexibles para ensayar nuevas intervenciones que aborden la discriminación racial y las desigualdades sanitarias que afectan a los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas.■ Promover la documentación de «prácticas prometedoras» y estudios de casos relacionados con las intervenciones que abordan las desigualdades sanitarias que afectan a las poblaciones que sufren discriminación racial.■ Dar prioridad a la equidad sanitaria en la investigación en salud. Los financiadores de la investigación deben fomentar la prioridad de la equidad sanitaria y los enfoques interseccionales en que se evalúan las capacidades y las privaciones de las personas a lo largo de múltiples dimensiones interseccionales, así como las medidas de reparación. |
| 14. Seguimiento y evaluación | <ul style="list-style-type: none">■ Invertir en sistemas de recopilación de datos sistemáticos que faciliten la identidad propia y la recogida de datos desglosados en función del origen étnico y otros estratificadores de la equidad.■ Garantizar un enfoque de los datos basado en los derechos humanos, cuando los datos no sean identificables y existan mecanismos y procedimientos robustos de protección de datos.■ Garantizar el acceso a los datos, en consonancia con los procesos de confidencialidad y salvaguarda, para la investigación independiente y el seguimiento del sistema de salud, las políticas públicas y la sociedad en relación con las desigualdades sanitarias que afectan a las poblaciones que sufren discriminación racial.■ Ofrecer plataformas abiertas, accesibles y transparentes para los datos sobre las desigualdades sanitarias.■ Garantizar que las actividades de seguimiento y evaluación de los datos integren enfoques que respeten las culturas locales y se conciben con el apoyo de la comunidad.■ Medir el grado en que se aplican enfoques sinérgicos e intersectoriales para hacer frente a las desigualdades sanitarias de las poblaciones afectadas por la discriminación racial.■ Medir la competencia cultural de los proveedores y el alcance de los servicios interculturales.■ Invertir en las funciones de supervisión y salvaguarda de los servicios de salud y en la promoción del diálogo intersectorial. |

Introducción

Los países de todo el mundo se han comprometido a avanzar en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas para 2030, incluida la meta 3.8 relativa a la cobertura sanitaria universal. Los países se han propuesto «lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos» (1). La atención primaria de salud, como base para el fortalecimiento de los sistemas de salud, es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal, alcanzar las metas de los ODS en materia de salud y avanzar en otros ODS no relacionados con la salud, como la reducción de las desigualdades (2,3).

Las desigualdades sanitarias constituyen un problema generalizado para todos los países. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible se basa en el principio universal de «no dejar a nadie atrás» y el ODS 10 consiste en «reducir la desigualdad en y entre los países» (1). La desigualdad impide avanzar hacia los ODS al reducir el crecimiento económico, dificultar el alivio de la pobreza, erosionar la confianza en los gobiernos y desestabilizar los sistemas políticos (4).

La desigualdad impide avanzar hacia los ODS al reducir el crecimiento económico, dificultar el alivio de la pobreza, erosionar la confianza en los gobiernos y desestabilizar los sistemas políticos.

Con arreglo al artículo 1 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965), la discriminación racial consiste en dar un trato distinto que afecta a determinados derechos y libertades por motivo de cinco supuestos de discriminación: raza, color, linaje u origen nacional o étnico. Asimismo, en consonancia con el artículo 1 de la Declaración sobre la Raza y los Prejuicios Raciales de la UNESCO, que establece que «todos los seres humanos pertenecen a la misma especie y tienen el mismo origen», la «raza» se entiende como una construcción social que implica diferencias, jerarquías y privilegios entre determinados grupos.

Los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas, suelen estar más expuestos a la pobreza que la población en general. También se enfrentan a importantes desventajas en el acceso a la atención de salud, la educación y el empleo, y a menudo viven en zonas rurales y remotas que carecen de infraestructuras y servicios adecuados (5). La discriminación racial, el racismo o la exclusión por sus características o su identidad dan lugar a relaciones desiguales de poder, que actúan consecuentemente en la formulación de políticas sociales y en la prestación de servicios públicos, incluidos los servicios de salud (5). En el mundo hay más de 476 millones de indígenas que viven en 90 países (6). Se estima que en América Latina y el Caribe viven 150 millones de afrodescendientes, y muchos millones en Europa y Asia (7,8). En 2015, el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre cuestiones de las minorías estimó que había 11 millones de romaníes en Europa, de los cuales 6 millones residían en los 27 Estados miembros de la Unión Europea (UE) (9).

En los últimos decenios ha aumentado la atención mundial hacia la discriminación racial y sus efectos. Esto se ha visto impulsado por llamamientos a la acción, como la Declaración de Durban de 2001 (10), las pruebas de las graves desigualdades puestas de manifiesto por los organismos de vigilancia de los derechos humanos, la mayor disponibilidad de datos desglosados por etnia, la labor de la Comisión Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud (11), los compromisos regionales como los de la Oficina Regional de la OMS para las Américas sobre etnicidad y salud (12,13), la sensibilización realizada por movimientos de justicia social como *Black Lives Matter* y, más recientemente, las graves desigualdades exacerbadas por la COVID-19 (14).

Los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas siguen sufriendo el estigma, la discriminación racial y la falta de reconocimiento de su rica y singular historia, cultura y tradiciones. Esto limita su influencia en la toma de decisiones, dificulta su participación activa, impide la incorporación de sus visiones del mundo y sus necesidades de salud en las políticas y los servicios, e impulsa las desigualdades sanitarias. Abordar estas cuestiones forma parte de un enfoque del fortalecimiento de los sistemas de salud orientado a la atención primaria de salud.

Fundamentado en una revisión rápida de la bibliografía que se realizó en el segundo semestre de 2021, este informe pretende dotar a los responsables políticos, las organizaciones de la sociedad civil, los investigadores y otros asociados para el desarrollo de conocimientos sobre los posibles puntos de partida para hacer frente a la discriminación racial, promover los servicios interculturales y reducir las desigualdades sanitarias en la atención primaria de salud y a través de ella. Se examina cada uno de los 14 mecanismos estratégicos y operacionales de la OMS, y se presentan ejemplos de medidas que pueden moldear y fortalecer la atención primaria de salud. Detenerse en todos los posibles puntos de partida queda fuera del alcance de esta síntesis; más bien, se ofrecen algunos ejemplos de medidas y estudios de casos específicos para poner de relieve los posibles aspectos que deben tenerse en cuenta en los enfoques de fortalecimiento de la atención primaria de salud.

Definiciones de trabajo

Los principios y definiciones que se exponen a continuación sirven de guía para el desarrollo de esta síntesis.

La **discriminación racial**, según la definición de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de 1965, denota «toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el

reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública» (artículo 1). Véanse también las definiciones de racismo (recuadro 1). A efectos de este documento, el concepto de «discriminación racial» se ajusta al artículo 1 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965), que establece cinco supuestos de discriminación, por motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico. Asimismo, en consonancia con el artículo 1 de la Declaración sobre la Raza y los Prejuicios Raciales de la UNESCO, que establece que «todos los seres humanos pertenecen a la misma especie y tienen el mismo origen», la «raza» se entiende como una construcción social que implica diferencias, jerarquías y privilegios entre determinados grupos.

El principio de «**no dejar a nadie atrás**» comporta llegar a los más pobres entre los pobres, pero también motiva la lucha contra la discriminación y las crecientes desigualdades dentro de los países y entre ellos, así como sus causas profundas. Esto se basa en las pautas normativas de las Naciones Unidas, incluidos los principios de igualdad y no discriminación, que son principios fundacionales de la Carta de las Naciones Unidas, el derecho internacional de los derechos humanos y los ordenamientos jurídicos nacionales de todo el mundo. Como parte del compromiso de no dejar a nadie atrás, los países deben adoptar medidas para determinar quiénes están siendo marginados, incluidos quienes sufren discriminación y exclusión (15).

El concepto de «**alteridad**» constituye un marco valioso para considerar cómo y por qué existen la discriminación y el racismo en las sociedades, y puede ayudar a determinar qué poblaciones son objeto de discriminación y exclusión (16). Mediante la alterización pueden describirse los mecanismos comunes que propician la exclusión en los diversos contextos, como la discriminación, los prejuicios, los sesgos implícitos (inconscientes), el negacionismo, la segregación y la violencia. La alteridad, como concepto, puede ayudar a reconocer las prácticas sociales, las normas y otras fuerzas que impulsan la marginación de determinados grupos (16).

A la hora de identificar a las poblaciones locales que sufren discriminación, es fundamental utilizar una **perspectiva interseccional** (17). El análisis de la interseccionalidad pone de manifiesto cómo puede producirse la discriminación a lo largo de múltiples dimensiones y conferir diferentes niveles de desventaja a los individuos y grupos sociales. Los individuos pertenecientes a diferentes grupos étnicos y raciales no pueden considerarse homogéneos, ya que cada uno de ellos está expuesto a formas interseccionales de discriminación basadas en la etnia, así como en el sexo, la edad, la orientación sexual, el lugar de nacimiento, la lengua, la religión, la discapacidad o la pobreza. La interseccionalidad no es solo el efecto acumulativo de

múltiples carencias, sino más bien la forma en que las diferentes clasificaciones sociales interactúan para conferir diferentes niveles de privilegios y desventajas a individuos y grupos específicos (18).

No existe una definición acordada internacionalmente de **pueblos indígenas** o minorías étnicas. Teniendo en cuenta la diversidad de los pueblos indígenas, el sistema de las Naciones Unidas ha desarrollado en cambio una interpretación de esta expresión basada en las siguientes características principales: se identifican a sí mismos como pueblos indígenas; las condiciones sociales, culturales y económicas los distinguen de otros sectores de la comunidad nacional; tienen un idioma, una cultura y unas creencias distintas; forman grupos no dominantes de la sociedad; y tienen la determinación de mantener y reproducir sus entornos y sistemas ancestrales como pueblos y comunidades distintivos (8, 19). A lo largo de este informe, la expresión «pueblos indígenas» se utiliza como algo distinto de «minorías étnicas» debido a que, en principio, los pueblos indígenas están sujetos a un marco normativo específico en virtud de las leyes internacionales de derechos humanos, especialmente la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, que reconoce, entre otros derechos, el derecho a la libre determinación y a la identidad propia (20). Por consiguiente, muchos pueblos que se identifican a sí mismos como pueblos indígenas se oponen a la categorización como minorías por razones que incluyen tanto su identidad única como los primeros y originales ocupantes de la tierra, como por razón del marco internacional de derechos comparativamente más débil que existe respecto de las minorías (21,22).

El concepto de etnicidad se basa en la percepción de una ascendencia, una historia y unas prácticas culturales comunes (14). La expresión «**minoría étnica**» se refiere generalmente a grupos étnicos o raciales de un país determinado en el que se encuentran en una posición no dominante con respecto a la población étnica dominante (5). En este informe, la expresión se refiere a un grupo de personas que cumple uno o más de los siguientes criterios: el grupo es numéricamente más pequeño que el resto de la población; no se encuentra en una posición [social, económica o políticamente] dominante; tiene una cultura, una lengua, una religión o una etnia que es distinta de la de la mayoría; y sus miembros tienen la voluntad de preservar esas características (5,21).

Los **afrodescendientes**, tal y como indica el Grupo de Trabajo de Expertos sobre los Afrodescendientes, pueden definirse como los descendientes de las víctimas africanas de la trata de esclavos transatlántica y mediterránea.

El grupo incluye a los descendientes de la trata de esclavos subsahariana. Los descendientes de las víctimas de la trata transatlántica viven principalmente en la diáspora extendida por América del Norte, América Central, América del Sur y el Caribe. Además, esta definición incluye a los africanos y sus descendientes que emigraron a otras partes del mundo donde han sufrido discriminación racial (14,23).

El término **romaní**, tal como afirmó la antigua Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre cuestiones de las minorías, Rita Izsák, se refiere a «grupos heterogéneos cuyos miembros viven en diversos países y en diferentes condiciones sociales, económicas, culturales y de otra índole» (9). Señaló que el término romaní «no designa a un grupo específico, sino que se refiere al polifacético universo romaní, compuesto de grupos y subgrupos superpuestos pero unidos por unas raíces históricas y unos rasgos lingüísticos comunes, así como por una misma experiencia de discriminación frente a los grupos mayoritarios. Por ello, «romaní» es un término multidimensional que se corresponde con la naturaleza múltiple y mudable de la identidad romaní» (9). El término romaní utilizado en el Consejo de Europa se refiere a los romaníes, sinti, kale y grupos afines de Europa, incluidos los nómadas y los grupos orientales (dom y lom), y engloba la amplia diversidad de los grupos en cuestión, incluidas las personas que se identifican como gitanos (24).

En este informe se reconoce que los términos «**raza**» y «**etnia**» no tienen definiciones acordadas internacionalmente y que su conceptualización varía en función de los países y de los contextos históricos, políticos y culturales. Por consiguiente, en el informe se hace hincapié en que la «raza» y la «etnia» son constructos sociales para agrupar a poblaciones humanas y, como constructo social, son muy variables de un país a otro y dentro de un mismo país, a lo largo del tiempo y desde diferentes perspectivas. Asimismo, en este informe se hace hincapié en la posición de las Naciones Unidas, que considera que la raza humana es una sola y que las diferencias son de carácter político, cultural y simbólico¹. En la misma línea, desde la perspectiva genética se ha desacreditado ampliamente la existencia de categorías raciales (25,26).

El **principio de identidad propia**, que según los principios del derecho internacional (incluidos el artículo 27 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Declaración sobre los Derechos de las Personas Pertenecientes a Minorías Nacionales o Étnicas, Religiosas y Lingüísticas y la observación general n.º 23 (1994) del Comité de Derechos Humanos) se afirma que la identidad de las minorías no depende del reconocimiento de un Estado, sino de la conciencia de la propia identidad individual.

1 En la Declaración sobre la Raza y los Prejuicios Raciales de la UNESCO de 1978, se declara que «todos los seres humanos pertenecen a la misma especie y tienen el mismo origen. Nacen iguales en dignidad y derechos y todos forman parte integrante de la humanidad» (artículo 1).

La **competencia cultural** es la capacidad de un sistema de salud prestar atención a pacientes con diversos valores, creencias y comportamientos, incluida la adaptación de la prestación del servicio para satisfacer las necesidades sociales, culturales y lingüísticas de los pacientes. Entre los obstáculos que dificultan una atención culturalmente competente se encuentran la falta de diversidad en la cúpula sanitaria, la deficiente concepción de los sistemas y la escasa comunicación y diálogo con poblaciones de diferentes orígenes étnicos y culturales (9).

El **interculturalismo** puede entenderse como la capacidad de reconocer, armonizar y negociar las múltiples diferencias culturales que existen en la sociedad. También es la interacción comunicativa entre dos o más grupos humanos con diferentes culturas y se considera un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto de las diferencias que existen dentro de las culturas o entre ellas. Incluye la interacción entre culturas desde posiciones de equivalencia, horizontalidad y respeto mutuo que permite establecer una relación armoniosa entre diferentes comunidades humanas. En la atención de salud, se entiende por enfoque intercultural todos los elementos y variables del multiculturalismo (como la adaptación de los servicios de salud, el reconocimiento

El interculturalismo incluye la interacción entre culturas desde posiciones de equivalencia, horizontalidad y respeto mutuo que permite establecer una relación armoniosa entre diferentes comunidades humanas

de las medicinas tradicionales) que se aceptan, incluyen y respetan en los sistemas de salud; por ejemplo, la adaptación a las prácticas culturales en el parto, el enfoque de la atención prenatal, y otros. La **competencia intercultural** va más allá de la competencia cultural, ya que incluye además la necesidad de interacción y diálogo entre diferentes culturas y conlleva la idea de humildad cultural (27,28).

Recuadro 1

Racismo

El **racismo** es una construcción ideológica que asigna a una determinada raza o grupo étnico una posición de poder sobre los demás basada en atributos físicos y culturales, así como en la riqueza económica, que implica relaciones jerárquicas en las que la raza «superior» ejerce el dominio y el control sobre las demás. En el artículo 2 de la Declaración sobre la Raza y los Prejuicios Raciales de 1978 de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) se afirma que «el racismo engloba las ideologías racistas, las actitudes fundadas en los prejuicios raciales, los comportamientos discriminatorios, las disposiciones estructurales y las prácticas institucionalizadas que provocan la desigualdad racial, así como la idea falaz de que las relaciones discriminatorias entre grupos son moral y científicamente justificables; se manifiesta por medio de disposiciones legislativas o reglamentarias y prácticas discriminatorias, así como por medio de creencias y actos antisociales» (29).

El racismo adopta muchas formas (30):

- El **racismo individual** son las creencias, suposiciones o ideas racistas de una persona sobre su propia raza o etnia o la de los demás. A menudo se denomina predisposición implícita o prejuicio. Puede ser consciente o inconsciente.
- El **racismo interpersonal** es la manifestación de creencias racistas personales y se refiere a acciones racistas entre personas. Puede tratarse de comentarios racistas, acciones discriminatorias, delitos de odio o violencia.
- El **racismo institucional** se refiere a las actitudes y prácticas discriminatorias que están arraigadas en las instituciones. Puede tratarse de instituciones educativas, de justicia penal, de atención de salud, políticas y de bienestar social, o de empresas privadas como bancos y corporaciones. Tiene su origen en leyes, reglamentos, políticas o sistemas de poder que ponen en desventaja a las personas por su raza o etnia percibidas.
- El **racismo sistémico (o estructural)** es el que surge en la sociedad en su conjunto a partir de las interacciones de las instituciones y las personas. Son los efectos acumulados, a largo plazo, de las desigualdades de poder o de la desigualdad de oportunidades en los sistemas.

La **atención primaria de salud (APS)** representa un enfoque de la salud que engloba a toda la sociedad. Se describió por primera vez en la Declaración de Alma-Ata de 1978. Cuarenta años después, en 2018, la OMS y el UNICEF actualizaron la visión de la atención primaria de salud para los tiempos modernos con la estrategia *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals* (3,31). La atención primaria de salud se define como un enfoque de la salud que abarca todas las instancias de gobierno y a toda la sociedad en el que se combinan: políticas y acciones multisectoriales; personas y comunidades con capacidad de acción y decisión; y atención primaria y funciones esenciales de salud pública como base de unos servicios de salud integrados. La atención primaria de salud tiene como objetivo maximizar de forma equitativa el nivel y la distribución de la sanidad y el bienestar, centrándose en las necesidades y preferencias sanitarias de las personas lo antes posible en la vida y lo más cerca posible del entorno cotidiano de las personas. Está integrada en la comunidad, y en ella ocupan un lugar central la equidad y la justicia social. Estos atributos fundamentales son la razón por la que los sistemas de salud basados en la atención primaria están mejor situados para hacer frente a la discriminación racial en el ámbito de la salud, con el fin de garantizar unos servicios accesibles, de calidad y adaptados a la cultura de cada persona, así como para abordar las desigualdades sanitarias persistentes.

Los servicios de atención primaria, que son el núcleo de la atención primaria de salud, pueden reducir las desigualdades en el acceso a la atención de salud y facilitar el acceso a otros programas de bienestar social (32). Los servicios de

La atención primaria de salud se define como un enfoque de la salud que abarca todas las instancias de gobierno y a toda la sociedad en el que se combinan: políticas y acciones multisectoriales; personas y comunidades con capacidad de acción y decisión; y atención primaria y funciones esenciales de salud pública como base de unos servicios de salud integrados.

atención primaria son eficaces a la hora de atender las necesidades sanitarias insatisfechas de la población, y permiten salvar las mayores barreras de acceso a la atención que experimentan las poblaciones más desfavorecidas (33–36). Además, desempeñan un papel importante a la hora de poner en contacto a los pacientes con la atención especializada cuando es necesario y de hacer frente a los factores determinantes de las desigualdades sanitarias a lo largo de toda la vida (37). Los servicios de atención primaria de gran calidad se definen por los atributos de accesibilidad, continuidad, integralidad y coordinación (36).

El marco operacional de la OMS para la atención primaria de salud (figura 1) muestra los vínculos entre la atención primaria de salud y la mejora de la salud, la equidad, la seguridad sanitaria y la costoeficacia. Se describen catorce mecanismos estratégicos y operacionales como posibles áreas de acción para que las instancias normativas fortalezcan la atención primaria de salud (38).

Figura 1. Marco operacional de la OMS para la atención primaria de salud



Los sistemas de salud y la discriminación racial

Existen graves desigualdades sanitarias que afectan a los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas, así como a los pueblos indígenas. A pesar de la omnipresencia de estas desigualdades sanitarias y de la creciente atención que se presta a esta cuestión, los datos y la evidencia científica y sanitaria sobre las desigualdades sanitarias en las poblaciones que sufren discriminación racial son escasos y suelen estar disponibles principalmente en los países de ingresos altos (recuadro 2). En este contexto, la pandemia de COVID-19 ha tenido importantes

repercusiones en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y ha puesto más de manifiesto si cabe los problemas de las desigualdades basadas en el origen étnico. En junio de 2021, el Banco Mundial estimó que 97 millones de personas se verían abocadas a la pobreza extrema (es decir, a vivir con menos de US\$ 1,90 al día) en 2021 debido a la COVID-19 (39), y que los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y las minorías étnicas de todo el mundo se verían probablemente afectados de forma desproporcionada.

Madre afroamericana.
Safe to sleep. Foto: NICHD/CC BY.



Recuadro 2

Ejemplos de desigualdades sanitarias a las que se enfrentan las poblaciones que sufren discriminación racial

- Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades constataron que, en el periodo 2007-2016 en los Estados Unidos de América, las mujeres afroamericanas tenían una probabilidad tres veces mayor de morir por una causa relacionada con el embarazo que las mujeres americanas blancas (40).
- Según un informe de King's Fund de 2021, aunque las tasas de mortinatalidad y mortalidad de niños menores de 1 año en Inglaterra y Gales han disminuido desde 2007 en poblaciones de diferentes etnias, la mortalidad de niños menores de 1 año sigue siendo mayor entre las minorías étnicas. Por ejemplo, las personas de ascendencia pakistaní y africana tenían tasas de mortalidad de niños menores de 1 año de 6,8 y 6,5 por 1000 nacidos vivos, respectivamente, en comparación con una tasa de 3,2 para las de origen étnico europeo en el periodo 2017-2019 (41).
- En un estudio transversal de niños de 14 y 15 años realizado en escuelas de Ciudad del Cabo (Sudáfrica) en 2009, se halló que los niños de ascendencia africana tenían una probabilidad dos veces mayor de padecer depresión o trastorno de estrés postraumático en comparación con los niños de origen étnico europeo (42).
- En un análisis de los registros nacionales de mortalidad durante el periodo 2008-2012 realizado por el Gobierno de Australia se determinó que los pueblos aborígenes e isleños del estrecho de Torres tenían una esperanza de vida 10,6 y 9,5 años menor que los hombres y mujeres no indígenas, respectivamente (43).
- En un estudio sobre la salud de los pueblos indígenas durante el periodo 1997-2014 se constató que los pigmeos baka del Camerún murieron en promedio 22 años antes que las poblaciones no pigmeas (44,45).
- Según el informe *State of the world's indigenous peoples* de 2018 del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, la tasa de mortalidad de niños menores de 1 año en el Ecuador entre los niños indígenas es de 67,6 por 1000 nacidos vivos, en comparación con una tasa de 30,0 en la población general (basada en el censo de 2011) (8).
- En Viet Nam, en 2002, la tasa de mortalidad de menores de 5 años de los vietnamitas indígenas era de 41 por 1000 nacidos vivos, en comparación con una tasa de 28 en el caso de los vietnamitas no indígenas (según la encuesta nacional demográfica y de salud de 2002) (45,46).
- Las respuestas de la encuesta del Estudio Prospectivo de Epidemiología Urbana y Rural (PURE) realizado en China entre 2005 y 2007 pusieron de manifiesto que la prevalencia de la hipertensión en las minorías étnicas chinas era del 42,4%, en comparación con los chinos *han*, cuya prevalencia era del 34,4%, y que las tasas de control y tratamiento eran inferiores en las minorías étnicas chinas (47).
- Según un estudio, de acuerdo con los datos disponibles hasta 2006, los pueblos pigmeos (los aka en la República Centroafricana y los twa en Uganda) tienen tasas de mortalidad infantil entre 1,5 y 4 veces superiores a las de las poblaciones vecinas no pigmeas (48,49).
- En el informe de la Comisión Europea de 2014 sobre el estado de salud de la población romaní en Europa se revisaron los datos a nivel de país sobre la esperanza de vida y se constató que la esperanza de vida de los romaníes en toda Europa era aproximadamente de 10 a 15 años menor que la de las poblaciones no romaníes (50).
- En la Encuesta Demográfica y de Salud de Tanzania de 2010 se constató que el 59% de los niños pastores masái sufrían retraso del crecimiento en Tanzania, con tasas más altas de fiebre, diarrea y neumonía en comparación con otras poblaciones étnicas mayoritarias (51,52). Además, en la Encuesta Nacional de Nutrición de Tanzania de 2018 se halló que Manyara, con una elevada población de pueblos indígenas, es una de las regiones con alta prevalencia de retraso del crecimiento (36,1%) (53).
- En un análisis del Censo Demográfico Nacional del Brasil de 2010 se constató que los niños y adolescentes indígenas (menores de 20 años) tenían tasas de mortalidad más altas en comparación con sus compatriotas no indígenas, incluidos quienes se identificaban como afrodescendientes y otras minorías étnicas, tanto en entornos residenciales rurales como urbanos (54).
- En un estudio en que se analizaba la Encuesta Demográfica y de Salud de Nigeria de 2003 se constató que, en Nigeria, en comparación con los hijos de madres hausa y fulani, los de las etnias igbo, yoruba y otras tenían un riesgo de morir un 40%, un 57% y un 19% menor, respectivamente (55).



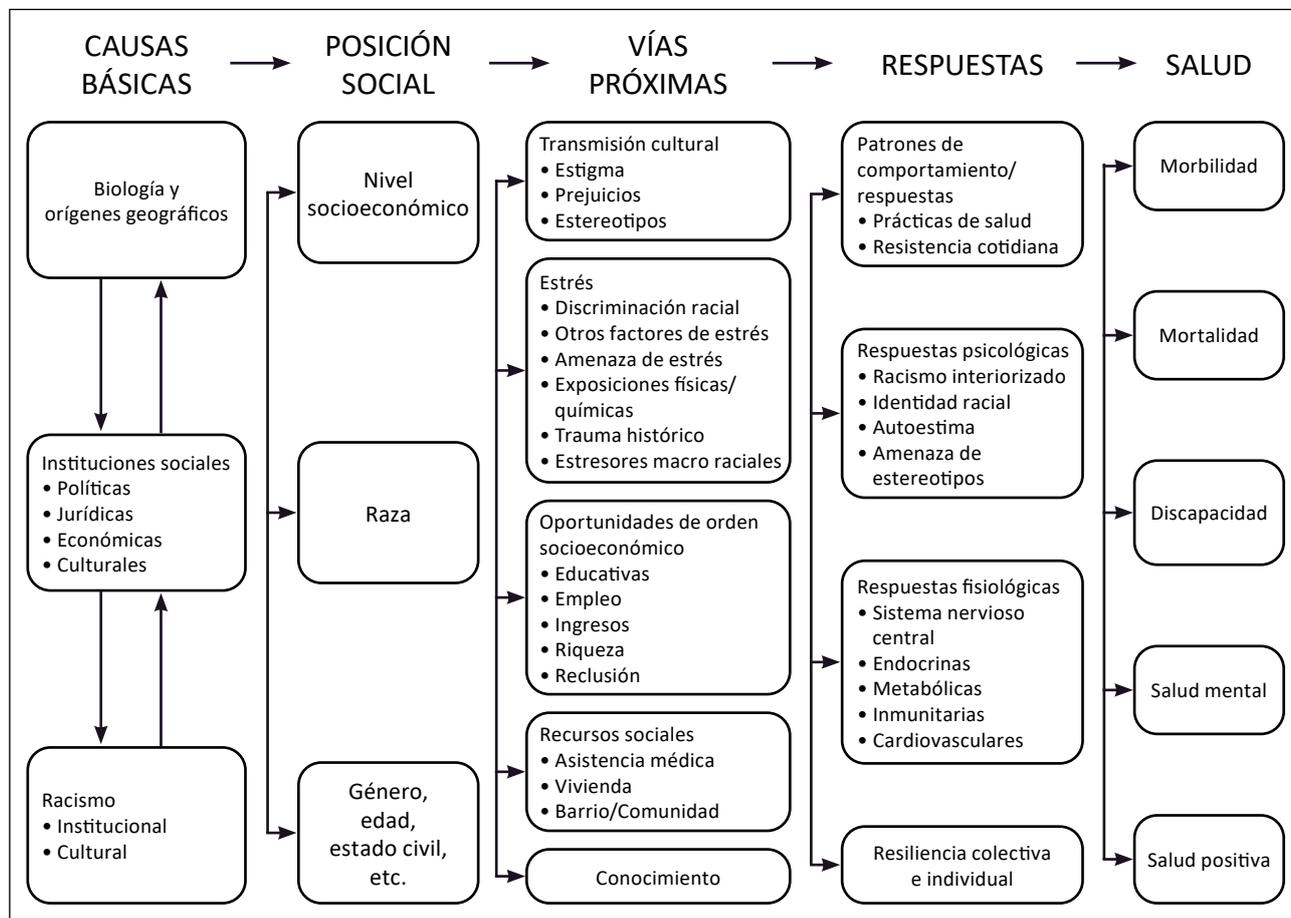
Mujeres de la minoría Hmong vestidas con ropa tradicional. Sa Pa (Vietnam). Foto: Pal Szilagyi Palko/Scopio.

Las desigualdades sanitarias que afectan a las poblaciones que sufren discriminación racial están interrelacionadas con los determinantes sociales de la salud más amplios y son promovidas por ellos, y se acumulan a lo largo de generaciones (véase la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud) (11). Estas desigualdades hunden sus raíces en el racismo conformado por el legado de la esclavitud, la servidumbre, el colonialismo, el imperialismo, la guerra, el ultranacionalismo, el absolutismo étnico, la xenofobia y el discurso de odio. Esta historia ha dado lugar a una desventaja social y económica persistente y multigeneracional. El racismo y la discriminación racial siguen siendo determinantes sociales fundamentales de la salud (32,56). Williams y Mohammed (2013) ofrecen una descripción general de las vías por las que se conectan el racismo, la discriminación racial, el nivel socioeconómico, los determinantes sociales de la salud y la salud, como uno de los posibles marcos para desentrañar esta cuestión (figura 2).

El racismo, desde el nivel individual hasta el sistémico, conduce a la «alterización» o al desarrollo y propagación de actitudes negativas (prejuicios) y creencias (estereotipos) hacia determinadas poblaciones, y da lugar a un trato diferencial hacia esas personas. El racismo individual y la discriminación racial estructural pueden reducir las oportunidades y negar el acceso a actividades que mejoran la salud (como la atención de salud) y contribuir a una peor situación socioeconómica (por ejemplo, a través de las oportunidades de empleo, vivienda y educación). Las personas que sufren racismo o perciben discriminación tienen peores resultados de salud mental (57,58), mayor presión arterial (59), mayores niveles de hormonas inflamatorias y del estrés (60,61) y mayor mortalidad (62). Vivir la discriminación cotidiana también se asocia a un menor peso al nacer (63), al deterioro cognitivo (64), a un sueño deficiente (65) y a mayores niveles de grasa visceral (66).

El racismo y la discriminación racial siguen siendo determinantes sociales fundamentales de la salud.

Figura 2. Marco para el estudio del racismo y la salud



Fuente: Williams DR, Mohammed SA. Racism and health I: pathways and scientific evidence. Am Behav Sci. 2013;57(8):10.1177/0002764213487340. <https://doi.org/10.1177/0002764213487340>.

Los sistemas de salud son determinantes importantes para la salud y la equidad sanitaria de todas las personas, incluidos los pueblos indígenas, los romaníes y otras minorías étnicas (67). Los sistemas de salud pueden reducir las desigualdades sanitarias, pero también exacerbarlas o ampliarlas (68,69). Los sistemas de salud pueden influir en la discriminación racial y verse influidos por ella de múltiples maneras, como se describe a continuación.

i. Discriminación estructural en los sistemas de salud.

Los sistemas de salud reflejan las sociedades sobre las que actúan, incluidos los factores estructurales más amplios de las desigualdades sanitarias relacionadas con la discriminación. Si no se toman medidas para corregir la situación de desventaja a la que se enfrentan las poblaciones que sufren discriminación racial, los sistemas de salud pueden perpetuar las desigualdades. Por ejemplo, muchas poblaciones que padecen racismo y discriminación racial viven en zonas geográficas en las que hay poca disponibilidad de servicios de salud de calidad y, cuando están disponibles, estos servicios suelen tener costos directos e indirectos elevados. Los sistemas de salud también pueden presentar barreras, como una lengua dominante, un conocimiento escaso de las necesidades sanitarias específicas de cada grupo, vínculos insuficientes con la asistencia social, barreras financieras relacionadas con el tipo de empleo y el acceso a la protección financiera, y falta de competencia cultural por parte de los proveedores (28,70).

ii. Diferentes preferencias de los pacientes, en parte basadas en diferentes visiones del mundo y en parte basadas en experiencias pasadas de discriminación.

Los pueblos indígenas, así como los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas pueden tener prácticas, preferencias y creencias diferentes en materia de salud y es más probable que sufran discriminación al acceder a los servicios de atención de salud, lo que alimenta la desconfianza y desalienta su uso. La ausencia de un enfoque intercultural de la salud puede afectar al comportamiento de búsqueda de atención, al uso de los servicios, a las interacciones con los profesionales y a la observancia del tratamiento (71). En una encuesta realizada en octubre de 2020 por The Undeafed y Kaiser Family Foundation, se concluyó que el 70% de los afroamericanos se sentían tratados injustamente por el sistema de salud, y que el 55% de los afroamericanos no confiaban en el sistema de salud (72). En diversos estudios realizados en los Estados Unidos, en que se analizaron las respuestas a las encuestas realizadas entre 1994 y 2007, se constató que la coincidencia étnica entre médicos y pacientes se asociaba a una mayor confianza en la atención sanitaria y a un mejor cumplimiento de los tratamientos (73–75). Del mismo modo, en un estudio cualitativo realizado en 2010 en que se recogieron datos mediante entrevistas en profundidad no estructuradas, se concluyó que las mujeres indígenas de Limpopo (Sudáfrica) preferían a las parteras tradicionales antes que a las parteras de los hospitales, debido a cuestiones de confianza y a la actitud de los proveedores de atención hacia las creencias indígenas (76).



Tribu ndebele (Sudáfrica).

Dos madres de la tribu ndebele esperan a que sus hijos empiecen a desfilarse y bailar tras su ceremonia de iniciación.

Foto: Naciones Unidas/Peter Mugubane

iii. Trato diferencial en los sistemas de salud. Las actitudes potencialmente discriminatorias y paternalistas y la falta de competencia cultural de algunos proveedores de atención de salud pueden agravar las desigualdades sanitarias. El racismo y los prejuicios conscientes e inconscientes pueden dar lugar a diagnósticos erróneos y a un tratamiento incorrecto de las enfermedades. Por ejemplo, la subjetividad, la variabilidad y la incertidumbre de los síntomas clínicos, así como la discrecionalidad de los profesionales de la salud, pueden interactuar con el prejuicio implícito y las actitudes discriminatorias para propiciar un tratamiento desigual (77). La prevalencia de los prejuicios implícitos en la profesión médica se sitúa en niveles similares a los de la población general (78). Pueden ofrecerse tratamientos diferentes a diferentes pacientes individuales, incluso bajo las mismas consideraciones clínicas, si los profesionales de la salud hacen presunciones o esperan una observancia diferencial del tratamiento (79,80). Así, por ejemplo, la baja prescripción de analgésicos se basa en un prejuicio racial implícito cuando los profesionales de la salud tienen falsas creencias sobre los niveles de dolor, o ponderan los testimonios subjetivos de los pueblos indígenas o de determinadas minorías étnicas de forma diferente a los de otros grupos de población (81).

La desigualdad en el tratamiento también puede ser una discriminación intencionada. Por ejemplo, los proveedores pueden descartar la legitimidad de los relatos de los pacientes o restar prioridad al tratamiento oportuno (82). El racismo y las actitudes discriminatorias también pueden dar lugar a un tratamiento desigual. En una encuesta transversal realizada entre 2010 y 2011 a 755 aborígenes australianos en Victoria (Australia), se observó que casi una tercera parte de los encuestados había sufrido racismo en establecimientos de salud (83). En el Brasil, la Encuesta Nacional de Salud de 2013 reveló que el 10% de la población afirmaba haber sufrido racismo y discriminación en los servicios de salud, siendo las tasas más elevadas entre los grupos más pobres, las mujeres, los pueblos indígenas y las personas de ascendencia africana o asiática (84).

El tratamiento diferencial y la discriminación hacen que los servicios de salud sean más deficientes para los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas, ya que afectan a las interacciones entre el paciente y el proveedor, a las decisiones sobre el tratamiento y a su cumplimiento.

El tratamiento diferencial y la discriminación hacen que los servicios de salud sean más deficientes para los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas, ya que afectan a las interacciones entre el paciente y el proveedor, a las decisiones sobre el tratamiento y a su cumplimiento (85). La discriminación se asocia a una menor confianza en los proveedores, a una menor calidad percibida de la atención, a una menor satisfacción con la atención y las relaciones entre el paciente y el proveedor, a mayores retrasos en la búsqueda de atención de salud y a una menor observancia del tratamiento (86,87). Las actitudes discriminatorias generan desigualdades más amplias en el sistema, por ejemplo, al influir en la disposición de los estudiantes de medicina a trabajar con determinados grupos étnicos (77).

iv. La lucha contra las desigualdades sanitarias en los sistemas de salud. Los sistemas de salud orientados a la equidad pueden reducir las desigualdades sanitarias que sufren las personas afectadas por la discriminación racial, en particular mediante los enfoques que se describen en este informe. Los sistemas de salud también pueden aportar datos empíricos y abogar por una acción multisectorial para reducir la discriminación racial como determinante de la (mala) salud.

Atención primaria de salud (APS): incorporar medidas para hacer frente a la discriminación racial y las desigualdades sanitarias

Para cada mecanismo estratégico y operacional de la atención primaria de salud, existen múltiples puntos de partida posibles para luchar contra la discriminación racial y las desigualdades sanitarias conexas. A continuación se presenta una muestra no exhaustiva de estos puntos de partida, organizados por mecanismo.

Mecanismo estratégico 1: Compromiso y liderazgo políticos

Este mecanismo se refiere al compromiso y el liderazgo políticos que sitúan la atención primaria de salud en el centro de las iniciativas para lograr la cobertura sanitaria universal y reconocer la importante contribución de la atención primaria de salud a los ODS (38). Los responsables del sistema de salud y los profesionales de la atención de salud pueden convertirse en poderosas fuerzas políticas para impulsar el cambio social. Los responsables del sistema de salud pueden adoptar objetivos específicos en las políticas para combatir las desigualdades sanitarias que sufren las poblaciones afectadas por la discriminación racial (recuadro 3). Estas medidas pueden consistir en dar prioridad a la atención intercultural, resolver las desigualdades sanitarias específicas o recopilar datos por origen étnico y factores transversales (88). En relación con esto, también es necesario reforzar el liderazgo sanitario y crear un firme compromiso con el fortalecimiento de la atención primaria de salud en las zonas geográficas con mayores índices de privación multidimensional y donde es más probable que vivan las poblaciones que sufren discriminación racial. El compromiso de alto nivel es vital para movilizar al sector de la salud y orientar las acciones multisectoriales en favor de la salud a todos los niveles de gobierno (89), así como para generar un apoyo intersectorial a las medidas dirigidas a combatir la discriminación racial y las desigualdades sanitarias (90).

También es necesario fomentar las reformas de la atención primaria de salud basadas en el universalismo progresivo, de manera que beneficien a las subpoblaciones más desfavorecidas y socialmente excluidas al menos en la misma medida que a las subpoblaciones más prósperas y favorecidas (91). Esto debe hacerse articulando el imperativo moral de reducir las desigualdades y los beneficios para el conjunto de la sociedad que conlleva. Los enfoques orientados a mejorar la equidad modifican los equilibrios de poder y pueden encontrar resistencia, por lo que es fundamental un liderazgo político que cuente con un amplio apoyo (4). En consonancia con las conclusiones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, las políticas deben propiciar la cobertura universal de los servicios, con el apoyo de medidas dirigidas a las poblaciones que quedan fuera de los sistemas universales (11).

Es necesario garantizar que los responsables del sector de la salud, a todos los niveles, se posicionen frente a la xenofobia, la desinformación racista, el discurso de odio, los estereotipos y las prácticas discriminatorias, y asegurarse de que se articulan claramente los efectos negativos de estos fenómenos sobre la salud y el bienestar. De este modo, se da visibilidad a los problemas del racismo estructural y la discriminación, se da voz a las comunidades afectadas y se refuerza el programa de cambio (32). Para lograr un cambio sostenible es fundamental un liderazgo fuerte, coherente y visible (88).

Los enfoques orientados a mejorar la equidad modifican los equilibrios de poder y pueden generar resistencias, por lo que es fundamental que haya un liderazgo político que cuente con un amplio apoyo.

En el marco de este mecanismo, se puede considerar la posibilidad de promover políticas e intervenciones que reconozcan y apliquen un enfoque intercultural e intersectorial, junto con actuaciones sobre los determinantes sociales para combatir la discriminación racial (12) (recuadro 4). Para ello es necesario:

- determinar los vacíos normativos que existen con respecto a las normas internacionales de derechos humanos (mecanismo estratégico 2);
- proponer marcos normativos que respeten, promuevan y garanticen el derecho a la salud y otros derechos, como el derecho al registro de los nacimientos (por ejemplo, las personas que no poseen un certificado de nacimiento y, por tanto, carecen de identidad legal, y que pueden ser mayoritariamente miembros de una población indígena o de una minoría étnica, pueden enfrentarse a barreras de acceso a los establecimientos de salud, los bienes y los servicios en que la identificación es un requisito indispensable);

- favorecer y promover enfoques de prestación de servicios orientados a la equidad que tengan en cuenta las barreras del lado de la oferta y la demanda;
- prestar servicios de salud interculturales; y
- facilitar el acceso a una atención de salud y unos servicios de calidad en función de las necesidades específicas de las personas a lo largo de su vida, teniendo en cuenta el contexto nacional y local.

Además, es importante reconocer que las propias estructuras políticas y de alto nivel deben cambiar para incluir y garantizar la participación de diversos actores en los procesos de toma de decisiones, incluidos los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas. La diversidad en el liderazgo puede mejorar la cultura institucional, el funcionamiento de los servicios y los resultados para los pacientes (92).

Recuadro 3

Un enfoque gubernamental integral sobre las desigualdades sanitarias en Nueva Zelanda

A partir del año 2000, Nueva Zelanda adoptó un enfoque gubernamental integral para reducir las desigualdades sanitarias, en particular en lo relativo a las interacciones entre la discriminación racial y las desigualdades socioeconómicas. Esto incluía la recopilación de datos sobre el origen étnico en el sector sanitario, con el apoyo de protocolos sobre el origen étnico que consagraban los principios de la identidad propia y la participación, junto con una legislación que regulaba la protección de datos y la confidencialidad (93,94). También incluía el uso de medidas relativas a pequeñas zonas deprimidas destinadas a impulsar la acción intersectorial con el fin de hacer frente a las desigualdades sanitarias, facilitar el debate sobre las causas profundas de las desigualdades, aumentar la participación social y dotar a los organismos de medios

para planificar programas y políticas para hacer frente a las desigualdades sanitarias (11). En 2019, se puso en marcha la iniciativa *Wh nau Ora* como enfoque transgubernamental, culturalmente fundamentado y basado en la familia para los servicios de salud y el fomento de la capacidad de acción y decisión de las comunidades (95). Como resultado de estos esfuerzos, Nueva Zelanda ha avanzado en la reducción de las desigualdades sanitarias étnicas en los últimos decenios (96).



Cultura maorí (Nueva Zelanda).
Foto: Steve Evans / CC BY

Recuadro 4

Plan nacional de salud para afrodescendientes en Costa Rica

El Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas sobre el Examen Periódico Universal correspondiente a Costa Rica informó, en 2019, de las importantes medidas adoptadas por Costa Rica para mejorar la calidad de vida de los afrodescendientes. En 2014, se nombró un Comisionado de la Presidencia para asuntos relacionados con la comunidad afrocostarricense, con la función de coordinar las acciones del gobierno para promover el progreso de los afrodescendientes. Costa Rica también ha avanzado en el diseño y aplicación de un plan nacional de salud para personas afrodescendientes para el periodo 2018-2021. El plan tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de la población afrodescendiente a través de acciones intersectoriales, un enfoque intercultural de la atención de salud, la promoción de la revitalización de la cultura y la aplicación de intervenciones en el contexto de los determinantes sociales de la salud (97,98).

Niños en San José, Costa Rica. Foto: Mark Zilberman / CC BY



Mecanismo estratégico 2: Marcos de gobernanza y de política

El mecanismo estratégico 2 se refiere a las estructuras de gobernanza, los marcos políticos y las normativas que sustentan la atención primaria de salud para crear alianzas intra e intersectoriales (acciones multisectoriales en favor de la salud) y promover el liderazgo comunitario y la rendición de cuentas mutua (38). Un paso fundamental para los responsables políticos es reforzar la legislación vigente o adoptar nuevas leyes contra la discriminación que se ajusten las normas internacionales de derechos humanos (recuadro 6). Ello incluye armonizar la legislación nacional con el marco internacional de derechos humanos aplicable al contexto nacional relativo a los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas, como por ejemplo:

- la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (99);
- el Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 (Núm. 169) de la Organización Internacional del Trabajo (100).
- la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas (20); y
- la Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías de las Naciones Unidas (101).

Pueden promulgarse leyes específicas centradas en la lucha contra la discriminación o legislación en materia de igualdad que incluya la obligación de todas las autoridades públicas de promover la igualdad (102). Los marcos de políticas y la legislación deben utilizarse para combatir explícitamente la xenofobia, la desinformación racista, el discurso de odio y los estereotipos en los medios de comunicación. En particular, estas prácticas son incompatibles con las obligaciones adquiridas por los países en virtud de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de garantizar la igualdad ante la ley, desalentar la división racial y eliminar las prácticas de discriminación racial de todas las personas, grupos y organizaciones (99).

Combatir el discurso de odio es fundamental para avanzar en toda la Agenda 2030, ya que contribuye a prevenir los conflictos armados, poner fin a la violencia contra la mujer y otras violaciones de los derechos humanos, y promover sociedades inclusivas y justas (103). El sector de la salud puede desempeñar un papel importante al detectar patrones de discurso de odio interseccional (es decir, el discurso de odio que se dirige a individuos o grupos sobre la base de más de un factor de identidad), promover el respeto mutuo, la cohesión social, la inclusión y la diversidad, y apoyar mensajes que desacrediten y deconstruyan la narrativa en que se basa el discurso de odio (104).

Las políticas también son esenciales para institucionalizar las sinergias multisectoriales que se producen entre el sector de la salud y otros sectores con el objetivo de afrontar los determinantes sociales de la salud transversales y concurrentes que afectan a las poblaciones que sufren discriminación racial. Las intervenciones multisectoriales dirigidas a mejorar los determinantes sociales de la salud pueden contribuir a reducir las desigualdades sanitarias (105), y son fundamentales para combatir el racismo, el estigma y la discriminación racial debido a la complejidad e interacción de las causas profundas que se encuentran fuera de la influencia directa del sector de la salud. Es esencial que exista un firme mandato transgubernamental para desarrollar una acción multisectorial, y las políticas deben fomentar la acción intersectorial, generar adhesión, aumentar la exposición a las oportunidades de colaboración, adecuar las prioridades normativas, armonizar la elaboración de políticas y facilitar la resolución de conflictos. Las estructuras de gobernanza verticales y horizontales pueden superar las fronteras departamentales para establecer una responsabilidad conjunta, mientras que los ministerios de salud tienen que desempeñar un papel importante a la hora de invertir y facilitar la integración, los vínculos y las sinergias (89). Los marcos legislativos para la acción multisectorial son importantes para fortalecer y mantener el cambio (89).

Los marcos normativos son fundamentales para fomentar el respeto y el fortalecimiento de las instituciones organizativas, sociales y culturales de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas, apoyando al mismo tiempo su derecho a la plena participación en la vida política, económica, social y cultural (recuadro 5). También es necesario asegurarse de que el sector de la salud cuenta con políticas, códigos de conducta, directrices y la observancia de medidas contra la discriminación, así como con mecanismos funcionales de reparación de agravios. Estas políticas y marcos legislativos impulsan el cambio del sistema y proporcionan la base normativa para muchos puntos de partida dentro de los mecanismos de la atención primaria de salud. Un entorno normativo propicio es fundamental para lograr una firme participación de la comunidad (mecanismo estratégico 4), apoyar una reforma más amplia del sistema, fortalecer los servicios de atención primaria y adaptar los modelos de atención para promover la interculturalidad (mecanismo operacional 5).

Las políticas y los marcos legislativos impulsan cambios en los sistemas y sientan las bases normativas para muchos puntos de partida dentro de los mecanismos de la atención primaria de salud.

Recuadro 5

Acción gubernamental para promover la salud de los pueblos indígenas en el Canadá

Para los pueblos indígenas, la armonización de las políticas nacionales de salud con la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas es esencial para construir un sistema de salud que pueda combatir la discriminación y las desigualdades sanitarias. En 2019, el Gobierno del Canadá estableció Indigenous Services Canada y Crown-Indigenous Relations and Northern Affairs Canada. Indigenous Services Canada tiene el mandato específico de mejorar el acceso a servicios de gran calidad para las Primeras Naciones, los inuit y los métis, y de apoyar y dotar de capacidad de acción y decisión a los pueblos indígenas para que puedan prestar servicios de forma independiente y ocuparse de las condiciones socioeconómicas de sus comunidades (106).

En junio de 2021, entró en vigor la Ley de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas como ley federal en el Canadá. Esta ley exige que la legislación nacional sea coherente con la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas y exhorta a que se tomen medidas concretas para alcanzar los objetivos y supervisar los progresos de la Declaración. También incluye medidas para hacer frente a las injusticias, combatir los prejuicios y eliminar todas las formas de violencia, racismo y discriminación contra los pueblos indígenas, y promover el respeto y el entendimiento mutuos (107).



Canoa de la Nación Squamish acercándose a Bella Bella (Canadá) 1993, Año Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo
Foto: Naciones Unidas/John Isaac

Recuadro 6

Promoción de los derechos y libertades de los afrodescendientes y los pueblos indígenas a través de la legislación nacional en Bolivia

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, en 2014 Bolivia tenía la mayor proporción de personas indígenas en su población total que cualquier otro país de la región: más del 60% de los 11,5 millones de habitantes de Bolivia son indígenas (6 millones). Bolivia también tiene una de las constituciones más avanzadas del mundo en cuanto a reconocimiento y protección legal de los pueblos indígenas. Si bien muchos países reconocen el principio de igualdad en la legislación nacional, la Constitución de Bolivia de 2009 prohíbe explícitamente la discriminación, reconoce la contribución de los pueblos indígenas y afrodescendientes como parte de la nación boliviana, y consagra el derecho a la identidad propia (108, 109).

Bolivia. Foto: M M / CC BY



Mecanismo estratégico 3: Financiación y asignación de servicios

El mecanismo estratégico 3 se centra en la financiación adecuada de la atención primaria de salud, que se moviliza y asigna con el objetivo de promover la equidad en el acceso, brindar una plataforma y un entorno de incentivos para prestar una atención de gran calidad, y minimizar las dificultades financieras (38). La financiación equitativa de la salud es un factor determinante de la equidad del sistema de salud en general. Como prioridad, los responsables políticos pueden garantizar enfoques presupuestarios orientados a la equidad en la atención primaria de salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud, de manera que las zonas más desfavorecidas con mayores necesidades sanitarias reciban los recursos adecuados. Esto puede incluir fórmulas de distribución de fondos subnacionales que tengan en cuenta las carencias y necesidades locales, y presupuestos que contemplen la movilidad de la población local y las poblaciones no censadas. Los presupuestos son importantes porque determinan el modo en que los gobiernos movilizan y asignan los recursos públicos y se utilizan para configurar las políticas y establecer las prioridades (110). Además, es esencial disponer de datos desglosados y actualizados sobre las necesidades sanitarias locales y controlar las deficiencias en el acceso a los servicios de salud y su prestación, a fin de fundamentar las decisiones sobre financiación (mecanismo operacional 14) y sobre los mecanismos de distribución y asignación pertinentes para orientar los recursos en función de las necesidades.

En este sentido, las decisiones sobre financiación deben incorporar una perspectiva étnica para comprender mejor el papel de la financiación de los sistemas de salud en la lucha contra las desigualdades (recuadro 7). Esto se basa en enfoques como la «presupuestación con perspectiva de género» (102, 111, 112), ya que no se trata únicamente de asignar fondos adicionales a diferentes grupos demográficos, sino de evaluar el impacto de las medidas

La presupuestación participativa puede dar voz y oportunidades a los grupos marginados y excluidos, incluidos los que sufren racismo y discriminación, para que influyan en las decisiones.

fiscales y monetarias en diferentes grupos, incluidas las poblaciones que sufren discriminación racial. Deben examinarse tanto el gasto como los recursos para evaluar el impacto de las políticas sobre la igualdad, junto con la participación de la comunidad (mecanismo estratégico 4).

Los sistemas de financiación que permiten una financiación conjunta entre el sector de la salud y otros sectores son fundamentales para apoyar la acción multisectorial en favor de la salud. Por ejemplo, dentro de los servicios de salud, esto puede hacerse conjuntamente con el sector de la atención social para crear puntos de servicio multisectoriales como «ventanillas únicas» que ofrezcan apoyo para gestionar los servicios de salud y sociales (89). En términos más generales, puede consistir en presupuestos conjuntos entre sectores, como el de la vivienda y el de la salud pública, a fin de llevar a cabo acciones específicas para mejorar los determinantes sociales de la salud. La atención primaria de salud también debe promover enfoques presupuestarios participativos en los que las comunidades puedan participar en la decisión de cómo las asignaciones presupuestarias pueden satisfacer mejor las necesidades de la comunidad. La presupuestación participativa puede promover la educación, la implicación y el empoderamiento de los ciudadanos locales, y con una mayor transparencia y rendición de cuentas puede ayudar a reducir las ineficiencias y la corrupción gubernamentales (113, 114). Los datos indican que la presupuestación participativa puede dar voz y oportunidades a los grupos marginados y excluidos, incluidos los que sufren racismo y discriminación, para influir en las decisiones (115, 116).

Recuadro 7

Un «conjunto de herramientas para la equidad racial: una oportunidad para hacer efectiva la equidad» en los Estados Unidos de América

La Alianza Gubernamental sobre la Raza y la Equidad en los Estados Unidos ha desarrollado un «conjunto de herramientas para la equidad racial: una oportunidad para hacer efectiva la equidad», y es un ejemplo de integración de las consideraciones sobre la equidad en la toma de decisiones y la elaboración de presupuestos (117). La ciudad de Seattle ha utilizado un «enfoque de equidad racial» para examinar las políticas, los proyectos, las iniciativas y las decisiones presupuestarias de la ciudad desde 2004 (en el marco de la «Iniciativa de Seattle sobre la raza y la justicia social») y ha influido en políticas que van desde la vivienda hasta el ocio y la salud (118).

National Center for Children & Families and African American Health.
Foto: Elvert Barnes / CC BY



En el marco de este mecanismo, los encargados de la formulación de políticas pueden considerar la posibilidad de promulgar políticas que garanticen la asignación adecuada de fondos para los mecanismos de lucha contra la discriminación y la coordinación o integración de servicios de salud interculturales, con arreglo al contexto nacional.

Mecanismo estratégico 4: Participación de las comunidades y otras partes interesadas

La OMS define este mecanismo como la participación de las comunidades y otras partes interesadas de todos los sectores para definir los problemas y las soluciones y dar prioridad a las acciones mediante un diálogo sobre políticas (38). Forma parte integrante de las medidas dirigidas a combatir la discriminación racial. La participación es un determinante social de la salud y un principio básico de un enfoque basado en los derechos humanos para garantizar una acción comunitaria eficaz en el establecimiento de prioridades, la adopción de decisiones, la planificación, la aplicación y la evaluación de estrategias para lograr una mejor salud (119). La participación en la toma de decisiones es importante en el sentido de que:

- las comunidades pueden aportar perspectivas importantes sobre sus necesidades de salud (119);
- los representantes pueden aportar información sobre cómo funcionan en la práctica los programas o las políticas de salud y dónde pueden mejorarse (119);
- pueden reducirse los prejuicios que favorecen a los grupos sociales más favorecidos (114);

- puede aumentarse la coordinación y la coherencia entre los diferentes actores y servicios (114); y
- puede fortalecerse la rendición de cuentas (114).

La participación de la comunidad y la atención primaria de base comunitaria son importantes para reducir las desigualdades sanitarias (120), ya que ayudan a llegar a poblaciones remotas y a ampliar más rápidamente la cobertura de los servicios (121). Las intervenciones dirigidas a la participación comunitaria resultan costoeficaces y pueden mejorar los comportamientos relacionados con la salud, la autoeficacia y los resultados del apoyo social percibido (122), además de reducir las desigualdades sanitarias gracias a las ganancias de capital humano y social (122).

Para lograr una firme implicación comunitaria, los encargados de la formulación de políticas pueden considerar la posibilidad de fomentar plataformas de participación social y rendición de cuentas para los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas que sufren discriminación racial, estigmatización y exclusión en la concepción, aplicación y evaluación de los planes, programas y políticas de salud. Entre los mecanismos cabe destacar:

- hacer partícipes a los líderes locales en la planificación y gestión de las actividades;
- implicar a las comunidades en las acciones de adaptación de los servicios locales;
- involucrar a los grupos de mujeres en el aprendizaje participativo y la educación entre iguales;
- facilitar la participación de la comunidad; y
- establecer alianzas a largo plazo para conseguir sistemas sostenibles (121).

Es importante garantizar las oportunidades de participación efectiva y equitativa de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas en los asuntos que afecten a sus derechos, respetando al mismo tiempo sus estructuras organizativas y teniendo en cuenta las consideraciones de género. Esto es vital para establecer un compromiso real con las poblaciones que han sido históricamente marginadas y para desarrollar políticas y estrategias que se ajusten a las culturas, necesidades y preferencias de las poblaciones que sufren discriminación racial (recuadro 8) (123).

Es necesario invertir en la creación de capacidad para garantizar oportunidades equitativas de participación, como se recomienda en el manual de la OMS sobre participación social para la cobertura sanitaria universal, dirigido tanto a los profesionales de la salud que no están familiarizados con los enfoques participativos como a las comunidades

que sufren discriminación racial (124). Esta creación de capacidad debe tener lugar tanto en las instituciones gubernamentales y profesionales de la salud como en las poblaciones que sufren la discriminación, a fin de desarrollar habilidades técnicas, de reconocimiento y de comunicación (124). Dado que el proceso de participación e implicación puede reflejar prácticas discriminatorias más amplias de la sociedad, es importante tener en cuenta las barreras lingüísticas, geográficas, financieras, de género y de otro tipo a las que pueden enfrentarse las poblaciones que sufren discriminación racial y otros tipos de desventajas (112). Es necesario que los responsables del sector de la salud defiendan y empoderen a los profesionales de la salud de las comunidades que sufren discriminación racial para que tengan una voz justa y asuman posiciones de liderazgo. Esto se relaciona con el mecanismo operacional 6 (personal), mediante un conjunto de medidas encaminadas a mejorar la diversidad y la representatividad del personal.

Recuadro 8

Elaboración de estrategias de salud infantil con la participación de los pueblos indígenas en Groenlandia

En 2020, el Gobierno de Groenlandia (*Naalakkersuisut*) adoptó la *Inuuneritta III* (estrategia de cooperación para una buena infancia 2020-2030), en la que la participación de los indígenas groenlandeses fue fundamental para su desarrollo (125). Los indígenas groenlandeses se denominan a sí mismos *kalaallit* y son un pueblo inuit (inuit significa «ser humano») que constituye el 85% de la población de Groenlandia (126). La estrategia incluía el desarrollo de un marco de determinantes sociales de la salud desde la perspectiva y con la colaboración de los inuit groenlandeses, para fundamentar las estrategias intersectoriales de salud infantil. *Inuuneritta III* es una colaboración multisectorial entre el Departamento de Asuntos Sociales, Familia y Justicia, el Departamento de Salud y el Departamento de Educación, Cultura e Iglesia, cuyo objetivo es atender los determinantes sociales de la salud de los niños groenlandeses. La estrategia se basa en el desarrollo de nuevas capacidades institucionales relacionadas con mayores niveles de autonomía y autogobierno de los inuit groenlandeses (125).



Mecanismo operacional 5: Modelos de atención

El mecanismo operacional 5 se refiere a los modelos de atención que promueven una atención primaria de calidad centrada en la persona y funciones esenciales de salud pública como pilar de los servicios de salud integrados a lo largo del curso de la vida (38). La ley de atención inversa es especialmente pertinente para la cuestión de las desigualdades sanitarias que afectan a las poblaciones que sufren discriminación racial, ya que, como estos grupos suelen estar más desfavorecidos socialmente, tienen una mayor probabilidad de experimentar un menor acceso a la atención de salud de calidad (127, 128). Por tanto, para hacer frente a la ley de atención inversa y como prioridad de la equidad sanitaria, los sistemas de salud deben orientarse hacia la atención primaria de gran calidad para garantizar un acceso equitativo en todo el continuo y los niveles de atención. La atención primaria de calidad se define mediante los conceptos de accesibilidad al primer contacto, continuidad centrada en la persona, coordinación y exhaustividad (36, 129).

Un punto de partida fundamental de este mecanismo es el llamamiento a invertir en aumentar la accesibilidad de los servicios de atención primaria, especialmente para los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas con menores niveles de acceso. Ello se debe a que la accesibilidad de la atención de salud puede contribuir a reducir las desigualdades sanitarias (33–36, 130), especialmente mediante iniciativas dirigidas a cubrir zonas y poblaciones con mayores necesidades sanitarias (131, 132). Las zonas desfavorecidas, que suelen estar habitadas mayormente por poblaciones que sufren discriminación racial, tienen mayores necesidades de salud, pero suelen estar deficientemente atendidas (133). Las estrategias para reducir las desigualdades sanitarias del personal y crear una atención de salud primaria robusta consisten en (134):

- descentralizar los programas de formación de los profesionales de la salud;
- ampliar la formación sanitaria en las zonas rurales;
- ofrecer incentivos flexibles a los profesionales (mecanismo operacional 6); y
- realizar asignaciones de fondos y recursos en función de las necesidades (mecanismo estratégico 3).

El acceso a los servicios de salud de las poblaciones que sufren discriminación racial también puede mejorarse mediante una labor de divulgación y servicios de base comunitaria, ya que son fundamentales para salvar las distancias entre los servicios y las poblaciones socialmente excluidas, por ejemplo, al generar confianza (135). Esto incluye agentes de salud comunitarios formados y motivados, contratados en las comunidades locales, que pueden ser decisivos para reducir las desigualdades sanitarias (136).

El sistema de salud debe promover la continuidad de la atención primaria y hacer frente a los obstáculos específicos para la prestación de atención a lo largo del tiempo para las poblaciones que sufren discriminación racial. La continuidad fomenta la confianza entre el paciente y el proveedor y está asociada a beneficios para la salud (137, 138), sobre todo en el caso de personas con enfermedades crónicas y de menor nivel socioeconómico (139). A menudo, los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas se enfrentan a barreras en la continuidad de la atención debido a la lengua, las diferencias culturales o las barreras socioeconómicas y geográficas. Las medidas para hacer frente a estas barreras consisten en:

- fortalecer los modelos interculturales de atención;
- establecer vínculos entre la atención de salud y la atención social (140);
- garantizar un personal de atención de salud diverso y representativo;
- promover el diálogo sobre conocimientos para reducir las barreras de comunicación;
- fortalecer los sistemas de atención integrada y las plataformas de intercambio de datos (141–144); y
- promover políticas que se ocupen de los principales obstáculos a la demanda de servicios de salud relacionados con los determinantes adversos de la salud (mecanismo estratégico 2).

Los responsables políticos también pueden promover servicios de salud integrados y centrados en la persona que se adapten a las identidades, creencias, preferencias y necesidades de salud, respetando al mismo tiempo la dignidad, las circunstancias sociales y la cultura de las personas (recuadro 9). Por su diseño, los servicios de salud integrados aumentan la equidad, ya que fomentan la selección de servicios basados en necesidades holísticas (145).

Un enfoque integrado requiere la coordinación con el sector de la salud y con otros sectores (145). El importante papel que desempeña la atención primaria en la coordinación de los itinerarios asistenciales puede aportar beneficios para la salud (146, 147), a la vez que resulta valioso para facilitar el acceso a otros sectores, como los programas de bienestar social y los servicios comunitarios (32, 148). Los servicios de atención primaria también tienen la función de garantizar la derivación a los servicios y el apoyo adecuados que promueven la recuperación integral y el bienestar de las personas que son víctimas del racismo, la intolerancia y el discurso de odio (149).

También es necesario crear servicios integrales de atención primaria que integren la atención preventiva, curativa y de rehabilitación basada en enfoques centrados en la persona (recuadro 9). La atención primaria integral incluye la prevención y la promoción, la educación y los determinantes de la salud en los primeros años de vida, que son esenciales

para subsanar las desigualdades sanitarias que afectan a las poblaciones que sufren discriminación racial. Los agentes de salud comunitarios son fundamentales para aumentar la amplitud de los servicios de atención primaria en muchos países (136). Los datos muestran que los factores ligados a los primeros años de vida son determinantes importantes a largo plazo de las desigualdades sanitarias, por ejemplo, en los resultados de salud mental (150), y que el aumento de la amplitud de la atención primaria puede aumentar la equidad en los resultados sanitarios (147). La atención centrada en la persona también está relacionada con la amplitud de la atención primaria, ya que centra a la «persona» en su contexto familiar, cultural y social más amplio. La atención centrada en la persona mejora la interacción entre el paciente y el proveedor en el caso de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas (151), reduce el impacto de los prejuicios inconscientes de los proveedores y puede ayudar a identificar y afrontar los determinantes sociales más amplios de la salud (152).

Un punto de partida fundamental para poder afrontar las desigualdades que sufren las poblaciones afectadas por la discriminación racial a través de la atención primaria de salud es la incorporación de enfoques interculturales basados en el diálogo sobre conocimientos entre las medicinas y las prácticas convencionales y tradicionales, como forma

de lograr una atención de salud centrada en la persona y en la comunidad (11). El diálogo intercultural supone el intercambio de ideas y diferencias con la intención de desarrollar un conocimiento más profundo de las diferentes perspectivas y prácticas, y de acercar los servicios de salud a los usuarios locales, mediante una comunicación horizontal y bidireccional desde una posición de respeto mutuo e igualdad dirigida a alcanzar el consenso (153, 154).

La competencia cultural de la atención de salud puede promoverse mediante la participación de los usuarios (de las comunidades locales), el compromiso de los gestores, la formación de los profesionales de la atención de salud y los enfoques de auditoría y mejora de la calidad (155).

La atención centrada en la persona mejora la interacción entre el paciente y el proveedor en el caso de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas, reduce el impacto de los prejuicios inconscientes de los proveedores y puede ayudar a detectar y afrontar los determinantes sociales más amplios de la salud.

Recuadro 9

«Parir en la tierra» en Australia

En un estudio de la Universidad Charles Darwin de Brisbane se examinó la atención intercultural a los pueblos de las Primeras Naciones de Australia, concretamente el «parto en la tierra» (que hace referencia a una madre aborígena que da a luz a su hijo en las tierras de sus antepasados). Se describe cómo se remodelaron los servicios de maternidad en Brisbane (Australia) en 2013 para proporcionar atención intercultural a las familias aborígenes e isleñas del estrecho de Torres mediante talleres de implicación y diseño compartido. Los componentes básicos de los servicios de maternidad reformados fueron los siguientes:

- el liderazgo y la participación de las Primeras Naciones en el comité directivo;
- grupos de parteras de la comunidad que prestan atención continua desde el inicio del embarazo hasta las seis semanas posteriores al parto;
- educación y formación del personal de atención de salud de las Primeras Naciones;
- formación cultural del personal de primera línea;
- servicios integrales centrados en la conexión e interacción con otras personas y con los ancianos a través de jornadas comunitarias y actividades culturales; y
- prácticas de atención coordinada por parte de un gestor de servicios comunitario especializado.

En el estudio también se informó de un ensayo en el que participaron 1422 madres de bebés de las Primeras Naciones, entre 2013 y 2019, en el que se constató que la atención intercultural a través de la remodelación de los servicios se tradujo en un aumento de la atención prenatal, una reducción de los partos prematuros y un aumento de la lactancia materna (156).



Recuadro 10

Salud intercultural en Suriname

En un informe de 2017 del Banco Interamericano de Desarrollo se destacaba un estudio de caso de la zona sur de Suriname relativo a la atención intercultural de los pueblos indígenas, donde existen dispensarios que prestan tanto atención médica convencional como medicina indígena tradicional. En los dispensarios hay espacio para que varios curanderos practiquen la medicina tradicional, y chamanes, médicos y personal de organizaciones no gubernamentales organicen talleres para sensibilizar a los profesionales de la salud sobre las prácticas médicas tradicionales, las plantas medicinales importantes y los conceptos indígenas de salud y enfermedad. En los talleres también se forma a los curanderos tradicionales en atención primaria básica y salud preventiva. Gracias a ello, tanto los trabajadores de atención primaria como los chamanes han modificado sus prácticas. Dependiendo del diagnóstico y del tipo de tratamiento que se requiera, se realizan derivaciones sistemáticas entre ambos dispensarios. Con el objetivo de evitar la desaparición de los conocimientos tradicionales, el programa de chamanes y aprendices anima a los jóvenes aprendices a instruirse con los chamanes mayores y preservar el conocimiento de las medicinas de la selva amazónica. Los aprendices también reciben formación para rellenar formularios de registro que documentan las afecciones y los tratamientos utilizados para cada paciente en los dispensarios de medicina tradicional (157).



Surinam. Foto: Virgil Kapel, OPS / CC BY

Estas intervenciones pueden contribuir a aumentar el acceso, la utilización y la calidad de los servicios de salud, así como a mejorar las relaciones entre pacientes y proveedores y los resultados sanitarios (como la mejora del uso de la medicación y de los problemas de salud mental) (155). Las intervenciones locales dirigidas a mejorar la competencia cultural de la atención de salud pueden ser eficaces a la hora de impulsar un cambio más amplio del sistema y de las políticas nacionales (155).

Mecanismo operacional 6: Personal de atención primaria de salud

La OMS define este mecanismo como la adecuación del número de profesionales, los niveles de competencia y la distribución de personal multidisciplinario y comprometido de atención primaria de salud, entre los que se encuentran profesionales sanitarios de hospitales, profesionales sanitarios con proyección divulgativa y agentes de salud comunitarios, respaldados por una supervisión eficaz de la gestión y una remuneración adecuada (38).

Para avanzar en la lucha contra la discriminación y el racismo en los servicios de salud, hay que identificar y combatir las prácticas y los conocimientos clínicos inadecuados que se basan en un planteamiento paternalista, discriminatorio, racista o colonial. Esta cuestión puede abordarse mediante la investigación orientada a la atención

Los sesgos, estereotipos y prejuicios inconscientes pueden combatirse mediante la formación del personal en materia de atención culturalmente adecuada, autorreflexión, privilegios y adopción de decisiones clínicas.

primaria de salud y métodos de investigación participativa en que intervengan personas que sufren discriminación racial. Dicha investigación podría versar sobre las prácticas de prescripción o los regímenes terapéuticos basados en falsas creencias biológicas (79,80).

En este sentido, otro punto de partida clave de este mecanismo es la inversión en formación contra el racismo, la discriminación y sobre competencia cultural para los profesionales de la salud. Los sesgos, estereotipos y prejuicios inconscientes pueden combatirse mediante la formación del personal en materia de atención culturalmente adecuada, autorreflexión, privilegios y adopción de decisiones clínicas (88). Las intervenciones dirigidas a mejorar la competencia cultural pueden mejorar los conocimientos, las habilidades y las actitudes de los proveedores, aumentar el acceso a la atención de salud y su uso por parte de las poblaciones que sufren discriminación racial y, en algunos entornos, mejorar

los resultados de los pacientes (como el control de la diabetes y la satisfacción de los usuarios) (158). Las medidas para mejorar la atención intercultural consisten en:

- aumentar la representación de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas en el personal de salud;
- formar a los profesionales de la salud en la prestación de atención intercultural;
- elaborar programas de salud adaptados a la cultura de los pacientes y la población local;
- utilizar intérpretes y ofrecer servicios multilingües;
- impartir educación entre iguales;
- utilizar orientadores del paciente; y
- establecer programas de intercambio (158).

Además de ampliar las competencias culturales del personal existente, los responsables políticos pueden considerar la posibilidad de ampliar la plantilla de los servicios de atención primaria de salud para incluir a profesionales centrados específicamente en la atención intercultural. Los mediadores interculturales pueden servir para mejorar la comunicación y el entendimiento entre los pacientes y los profesionales de la atención de salud, reduciendo las diferencias lingüísticas y socioculturales (70). Los servicios de atención de salud primaria de calidad también deben basarse en el trabajo en equipo y, por tanto, estar mejor dotados para promover una acción coordinada que responda a las desigualdades sanitarias relacionadas con la discriminación y los múltiples factores de discriminación que se entrecruzan, como las normas de género negativas, la religión, la discapacidad, la situación socioeconómica y la situación migratoria. La atención primaria basada en equipos se asocia a una mayor satisfacción de los pacientes y a mejores resultados de salud (para enfermedades como la diabetes, la depresión y la demencia), así como a una mayor satisfacción y retención de los proveedores (159).

Los encargados de la formulación de políticas pueden alentar a las facultades de medicina a aumentar la diversidad y la representatividad de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas, con arreglo al contexto nacional. Esto se aplica a la formación de todo el espectro de profesionales de la atención de salud y debe estar respaldado por medidas de apoyo a las instituciones educativas con los correspondientes marcos jurídicos y políticos conexos (recuadro 11). Es fundamental que el personal de atención de salud refleje la diversidad de las poblaciones a las que atiende, aumentando así la prestación de una atención más adecuada desde el punto de vista cultural y dotando de capacidad de acción y decisión a las comunidades a las que representan esos profesionales de la salud. Los responsables políticos pueden contratar, retener y promocionar a los profesionales de la salud de estas comunidades, teniendo en cuenta su experiencia vivida, su mayor conocimiento de los activos

sanitarios de la comunidad y los obstáculos a los servicios de salud, y sus conexiones con la comunidad. Los profesionales de la atención de salud pueden participar activamente en la formulación de soluciones y en la defensa de cambios intersectoriales.

En relación con esto, los sistemas de salud deben reducir las barreras a la promoción y garantizar la formación de profesionales médicos pertenecientes a grupos étnicos y raciales discriminados para asegurar la representatividad en toda la jerarquía de categorías laborales (recuadro 11). Es más probable que estos profesionales médicos presten sus servicios en las comunidades desatendidas a las que representan y la atención clínica puede mejorar cuando hay concordancia étnica entre los pacientes y los proveedores (160). Los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas suelen estar infrarrepresentados en las facultades de medicina (161, 162); sin embargo, en muchos países no se recogen datos sobre el origen étnico en las facultades de medicina ni entre el personal de salud (134). Las medidas para aumentar la diversidad en las facultades de medicina consisten en (163):

- invertir en instituciones con un buen historial de contratación de minorías étnicas y expandirlas;
- ofrecer programas de extensión y cursos «pasarela»;
- modificar las entrevistas de admisión para reducir las ventajas injustas del *coaching*; y
- reservar plazas específicas (por ejemplo, para candidatos indígenas locales).

Otro punto de partida de este mecanismo es introducir o reforzar los planes de estudio de las facultades de medicina, las instituciones educativas y la formación en el servicio sobre los temas de la salud intercultural, las desigualdades sanitarias relacionadas con la discriminación, el racismo y la exclusión, y el papel de los servicios de salud en la exacerbación y el alivio de estas desigualdades (recuadros 11 y 16). Es necesario reconocer las prácticas no equitativas y a menudo discriminatorias en la enseñanza de la medicina que conducen a una atención de peor calidad para las poblaciones que sufren discriminación racial. Los planes de estudio de medicina deben enseñar que las desigualdades sanitarias que afectan a las poblaciones que sufren discriminación racial son consecuencia del racismo y la discriminación estructurales, y deben tratar de exponer y combatir los prejuicios raciales implícitos preexistentes (164, 165). La enseñanza de la medicina también debe fomentar e institucionalizar los enfoques interculturales de la atención de salud (8) desde el inicio de la carrera de medicina (166). La enseñanza basada en la competencia estructural y la humildad cultural puede fomentar el compromiso a largo plazo con la autorreflexión y la resolución de los desequilibrios de poder raciales y étnicos (30).

Recuadro 11

Descolonización de la enseñanza de la medicina en el norte de Ontario (Canadá)

Desde 2003, la Facultad de Medicina del Norte de Ontario ofrece ejemplos de descolonización de la enseñanza de la medicina, centrándose en la participación comunitaria (mecanismo estratégico 4) de los pueblos indígenas locales. Además de reservar plazas para los solicitantes indígenas, el curso incluye módulos sobre salud indígena como parte del plan de estudios básico (167). Todos los estudiantes de medicina realizan un programa de residencia de un mes viviendo y trabajando en comunidades indígenas, y existe la opción de especializarse en salud indígena. Existen métodos de enseñanza a distancia, que pueden ser importantes para los estudiantes de origen indígena. Por último, la facultad de medicina promueve una amplia gama de actividades periféricas relacionadas con la defensa y la salud pública de las comunidades indígenas, como los círculos de intercambio de conocimientos, los grupos de interés cultural y los programas de creación de redes y tutoría (168).



Dos miembros de la Nación Quileute mostrando los intrincados patrones de sus mantas de botones, durante el Festival Qatuwas de las naciones indígenas de la Cuenca del Pacífico. Bella Bella (Canadá). 1993, Año Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo. Foto: Naciones Unidas/John Isaac

Mecanismo operacional 7: Infraestructura física

El mecanismo operacional 7 se centra en garantizar unos establecimientos de salud seguros y accesibles que puedan prestar servicios eficaces con agua, saneamiento y eliminación y reciclaje de residuos fiables, telecomunicaciones y energía, así como sistemas de transporte (38). Las desigualdades en la cobertura efectiva de los servicios de salud de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas pueden deberse a que los establecimientos de salud son inadecuados o escasos, ya que muchos viven en zonas históricamente desatendidas, apartadas o que carecen de otros servicios esenciales.

Junto con las medidas de financiación (mecanismo estratégico 3), los modelos de atención (mecanismo operacional 5) y las inversiones en personal (mecanismo operacional 6), los encargados de la formulación de políticas

pueden establecer sistemas de asignación de recursos que mejoren la equidad y corrijan la falta de inversión histórica en las zonas donde habitan mayormente pueblos indígenas, afrodescendientes, romaníes y otras minorías étnicas. Esto puede contribuir a subsanar las desigualdades sistémicas que siguen perpetuando las desigualdades sanitarias.

En este sentido, es esencial ofrecer establecimientos de atención de salud flexibles, adaptados a la realidad local y culturalmente apropiados que se ajusten a las necesidades y preferencias de las comunidades locales. Esto puede incluir la adaptación de la infraestructura física, por ejemplo, a las características geográficas locales para reducir las barreras de acceso a la atención (recuadro 10). Además, para las poblaciones nómadas, móviles o que viven en zonas geográficas específicas (por ejemplo, islas remotas o sistemas fluviales) se requieren adaptaciones adecuadas de los servicios, es decir, dispensarios móviles, dispensarios en barco, etc.

Recuadro 12

Unidades flotantes de atención primaria de salud en el Brasil

En un artículo de revisión de 2019 se describe cómo se está adaptando la atención primaria de salud en el Brasil para satisfacer las necesidades de las poblaciones que viven cerca o en los principales sistemas fluviales, en particular los pueblos indígenas. Las Unidades Fluviales de Atención Primaria de Salud son embarcaciones dotadas de equipos de salud familiar fluvial, así como del mobiliario y equipamiento necesarios para atender a las poblaciones ribereñas de la Amazonia y el Pantanal brasileños. Pretenden responder a las peculiaridades de esas regiones, garantizando la atención a los pueblos indígenas, quilombolas y minorías étnicas dedicadas a la pesca, la silvicultura y la roturación del coco. Las Unidades Fluviales de Atención Primaria de Salud deben contar, al menos, con un consultorio médico, odontológico y de enfermería, una sala de almacenamiento y dispensación de medicamentos, un laboratorio, una sala de vacunación, aseos, camarotes con camas suficientes para todo el equipo de profesionales de la salud, una cocina y una sala de procedimientos (169).

Niños en la ventana de su casa

Los hermanos Dos Santos miran desde la ventana de su casa en Rio Canoas, en la región amazónica del Brasil, cerca de Manaus. Las casas están construidas sobre pilotes y la estructura se aprovecha para colgar alimentos secos. Brasil.

Foto: Julio Pantoja / Banco Mundial / CC BY



Mecanismo operacional 8: Medicamentos y otros productos sanitarios

La OMS define este mecanismo como la disponibilidad y asequibilidad de medicamentos y otros productos sanitarios adecuados, inocuos, efectivos y de gran calidad obtenidos mediante procesos transparentes con el objetivo de mejorar la salud (38). Los responsables políticos, los clínicos y los productores de tecnología deben evaluar críticamente los medicamentos y dispositivos médicos actuales y futuros a fin de determinar la influencia de prejuicios raciales o étnicos conscientes e inconscientes. Por ejemplo, el ajuste de los instrumentos y dispositivos médicos en función del origen étnico (como en el caso de las velocidades de filtración glomerular estimadas y las pruebas de función pulmonar) puede afectar de forma indebida a los resultados del tratamiento, y debería sustituirse por análisis más precisos (164).

Los responsables políticos también pueden ocuparse, mediante la reglamentación, de la asequibilidad de los productos sanitarios, cuyos costos pueden afectar de manera desproporcionada a las poblaciones que sufren discriminación racial. Estas medidas incluyen el control de la especulación de los precios por parte de las empresas farmacéuticas.

La mejora del acceso equitativo a una medicina tradicional y complementaria segura, de calidad y eficaz puede satisfacer las necesidades de las comunidades y crear servicios de salud sostenibles y culturalmente adaptados (170). La medicina tradicional y complementaria contribuye a empoderar a las personas y a las comunidades y ofrece importantes modalidades de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos en la atención primaria (170). Es importante promover el reconocimiento, el respeto y la protección de las medicinas tradicionales, ancestrales y complementarias basadas en el conocimiento en los sistemas nacionales de salud, así como la coordinación con esas medicinas (recuadro 13). Esto puede contribuir a la prevención o al tratamiento de enfermedades, al mantenimiento y a la promoción de la salud, en consonancia con las opciones y expectativas de los pacientes (170).

Recuadro 13

Medicina tradicional y complementaria en el Congo

En el informe mundial de la OMS sobre medicina tradicional y complementaria de 2019 se reseña la política nacional del Congo dedicada a la medicina tradicional y complementaria (*Politique Nationale de Médecine Traditionnelle*), que se puso en marcha en 2006. La medicina tradicional indígena se considera importante en el país, donde la utiliza más del 80% de la población. El Gobierno reconoce oficialmente la enseñanza de la medicina tradicional y complementaria, que incluye programas para aprendices, programas certificados y programas de formación para proveedores de atención. En 2006, había 2.084 proveedores de medicina tradicional y complementaria indígena en el Congo (171).

Prevención y control de la oncocercosis – Congo, 2019.
Foto: © OMS



Mecanismo operacional 9: Colaboración con los prestadores del sector privado

El mecanismo operacional 9 se refiere a una alianza sólida entre los sectores público y privado para la prestación de servicios de salud integrados (38). Los proveedores privados son un componente importante del sistema de salud y revisten especial importancia en los lugares donde el sistema público es más débil, como las zonas rurales o remotas donde a menudo viven los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas.

En el informe estratégico del grupo consultivo de la OMS sobre la gobernanza del sector privado en favor de la cobertura sanitaria universal se señala que los agentes del sector privado pueden participar provechosamente en la prestación de servicios de salud. En México, por ejemplo, las cadenas de farmacias han contribuido a aumentar el acceso a los medicamentos genéricos de gran calidad mediante precios asequibles, mientras que en Tailandia existe una estrecha integración de la atención primaria y hospitalaria pública y privada (172).

No obstante, en muchos sistemas de salud, el sector privado está deficientemente regulado. Un punto de partida clave de este mecanismo es asegurarse de que los proveedores del sector privado respeten las prácticas relativas a la no discriminación y se ajusten a las normas de derechos humanos cuando presten servicios de atención de salud, mediante la reglamentación, la observancia y la

Los sistemas de reglamentación, legislación, supervisión y rendición de cuentas son esenciales para los responsables políticos, al igual que los sistemas pertinentes para investigar y corregir las prácticas discriminatorias.

rectoría del sistema privado (173). Los sistemas de reglamentación, legislación, supervisión y rendición de cuentas son herramientas esenciales para los responsables políticos, al igual que los sistemas pertinentes para investigar y reparar las prácticas discriminatorias. Los datos indican que es importante regular para reducir los efectos del sector privado en los determinantes sociales de la salud más amplios que fundamentan las desigualdades sanitarias relacionadas con la discriminación. Esto incluye, por ejemplo, reconocer el derecho de los pueblos indígenas a las tierras, territorios y recursos con arreglo al derecho internacional. También incluye la regulación de las industrias extractivas y manufactureras que pueden infringir indirectamente el derecho a la salud al contaminar el agua, el aire y el suelo en zonas habitadas mayormente por pueblos indígenas y otras minorías étnicas en situación de exclusión social. Además, las poblaciones de menor nivel socioeconómico o los grupos raciales y étnicos que padecen mayores índices de privación y mala salud pueden ser objeto de la publicidad de productos insalubres, como el tabaco (174) o la comida basura (175).

Mecanismo operacional 10: Sistemas de compra y de pago

El mecanismo operacional 10 se refiere a los sistemas de compra y de pago que fomentan una reorientación de los modelos de atención para prestar servicios de salud integrados y centrados en la atención primaria y la salud pública. Los sistemas de compra y de pago son mecanismos que no se utilizan suficientemente para reducir las disparidades y ofrecen oportunidades para promover la equidad de múltiples maneras (176); cada vez se demanda en mayor medida el uso de estos sistemas de manera más eficaz para mejorar la equidad (177). Un punto de partida de este mecanismo es el establecimiento de mecanismos estratégicos de compra y contratación que favorezcan la equidad, como la contratación de proveedores de servicios locales pertenecientes a minorías (178). También incluye el aprovechamiento de nuevas plataformas de prestación de servicios (como los agentes de salud comunitarios) o la inclusión de prestaciones complementarias (como la alimentación, las modificaciones estructurales del hogar y el transporte) para corregir los factores sociales de las desigualdades sanitarias (177). Esto puede contribuir a combatir las desigualdades creadas por la desinversión histórica mediante el fortalecimiento de las asociaciones comunitarias y empresariales y la creación de puestos de trabajo e ingresos. Los sistemas de compra y de pago que favorecen la equidad también incorporan mecanismos de asignación y distribución que tienen en cuenta las carencias de la población y las necesidades sanitarias (179) y que permiten a los proveedores que atienden a poblaciones con mayores necesidades sanitarias (como las que sufren discriminación racial) recibir recursos adicionales. Esto puede incluir tanto el ajuste de las medidas de calidad de los factores sociales a nivel del paciente como criterios de ajuste basados en la zona y la comunidad (177, 180).

Los responsables políticos también pueden aprovechar los sistemas de pago para incentivar las acciones dirigidas a reducir las desigualdades sanitarias (181) (recuadro 12). Los mecanismos de pago combinados o globales basados en objetivos y en la remuneración por desempeño pueden incentivar las medidas dirigidas a reducir las desigualdades (182), y los datos demuestran que algunos mecanismos de remuneración por desempeño cuidadosamente concebidos pueden reducir las desigualdades sanitarias (183). Los incentivos pueden centrarse explícitamente en la equidad mediante el ajuste de los pagos para tener en cuenta las carencias y el riesgo, y recompensar a los proveedores que reduzcan las desigualdades o introduzcan intervenciones eficaces para combatirlas (176). Los modelos de pago por servicio prestado limitan la capacidad de los proveedores para responder a los factores ajenos a los servicios de salud que afectan a la salud (176), siendo fundamental una financiación sostenida y flexible para conseguir que los enfoques multisectoriales rindan frutos (89).

Por último, existe la opción de incentivar la participación comunitaria activa, en lugar de pasiva, de las poblaciones que sufren discriminación racial a través de los sistemas de compra y de pago. Esto puede incluir la obligatoriedad de la participación como parte de los requisitos de financiación y la provisión de fondos para facilitar las actividades.

Los incentivos pueden centrarse explícitamente en la equidad mediante el ajuste de los pagos para tener en cuenta las carencias y el riesgo, y recompensar a los proveedores que reduzcan las desigualdades o introduzcan intervenciones eficaces para combatirlas.

Recuadro 14

Mejora de los servicios de atención de salud de las poblaciones tribales en la India

En la India viven más de 104 millones de pueblos indígenas tribales cuyos indicadores de salud están por debajo de la media nacional. En un artículo de revisión de 2013 se examinó la prestación de los sistemas de salud de la India para las poblaciones tribales, destacando el marco nacional y la hoja de ruta del Gobierno de la India para mejorar los servicios de salud para los pueblos tribales. La reforma del sistema de salud local se ha centrado en los centros de salud y bienestar tribales y en nuevos acuerdos de gobernanza. Los servicios de salud contratan personal local de las zonas tribales, se ha ampliado la formación del personal y se han incorporado curanderos tradicionales a los servicios. Esta reforma se ha visto facilitada por nuevos mecanismos de financiación que incluyen mecanismos flexibles de contratación, el fomento de las alianzas público-privadas y la financiación de actividades de responsabilidad social empresarial (184).



Mujer de una comunidad tribal.
Foto: Praveen Rao Kaliga / ONU Mujeres en Asia y el Pacífico / CC BY

Mecanismo operacional 11: Tecnologías digitales para la salud

El mecanismo operacional 11 se refiere al uso de tecnologías digitales para la salud a fin de facilitar el acceso a la atención y la prestación de servicios, mejorar la eficacia y la eficiencia y promover la rendición de cuentas (38). Por lo que respecta a los pacientes, los responsables políticos deben considerar la posibilidad de invertir en plataformas tecnológicas digitales accesibles y universales que puedan contribuir a reducir las desigualdades sanitarias. La tecnología puede reproducir o exacerbar las desigualdades sociales existentes si existen barreras de gastos, de conectividad o de alfabetización digital y los beneficios se acumulan de forma desproporcionada en los primeros usuarios sanos y acomodados (185). Sin embargo, la reducción de las barreras de acceso y uso de las tecnologías puede reducir las desigualdades aumentando el acceso a la atención de salud, fomentando la rendición de cuentas y promoviendo los conocimientos básicos sobre la salud y los comportamientos saludables (186). Los datos sistemáticos sobre salud, desglosados por etnia, pueden aprovecharse mediante las tecnologías digitales para poner de manifiesto las deficiencias y desigualdades de los servicios. No obstante, es fundamental garantizar la vigencia de la legislación y los protocolos de protección de datos para evitar abusos contra los derechos humanos y el posible uso indebido de los datos. Esto incluye disposiciones legales que contemplen la confidencialidad de los datos, el uso preferente de encuestas por muestreo en lugar de la recopilación de datos de recuento completo (censo), y la agrupación de las respuestas y los datos publicados para evitar la identificación de las personas (155).

Los sistemas de salud pueden emplear la telemedicina como una herramienta importante para reducir las barreras de acceso a la atención de salud (recuadro 15). Muchos pueblos indígenas, afrodescendientes, romaníes y otras minorías étnicas viven en zonas remotas y la telemedicina puede ser importante para ampliar el acceso, la coordinación y la continuidad de la atención. Los programas de telemedicina deben estar adaptados culturalmente, contar con la financiación y los recursos adecuados y ser facilitados por profesionales de la salud capacitados, y su implantación debe estar respaldada por la mejora de la conectividad y la alfabetización digital de los usuarios (187). En el caso de los profesionales de la atención de salud, las tecnologías digitales pueden utilizarse para superar su falta de competencia cultural y la escasa prestación de servicios de salud que podría afectar a los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas, así como a los pueblos indígenas.

La eliminación de las barreras al acceso y el uso de las tecnologías puede reducir las desigualdades gracias al aumento del acceso a la atención de salud, el fomento de la rendición de cuentas y la promoción de los conocimientos básicos sobre la salud y los comportamientos saludables.

Recuadro 15

Telemedicina a través de TulaSalud en Guatemala

La iniciativa TulaSalud en Guatemala tiene por objeto reducir la mortalidad materno-infantil y mejorar los servicios de salud de la población rural e indígena del país, enfatizando en la interculturalidad, el enfoque de género y el uso de las tecnologías de la información y la comunicación. En el centro del servicio se encuentran 195 agentes de salud comunitarios, conocidos como telefacilitadores, que atienden a más de 600 comunidades en 10 distritos de salud de Alta Verapaz. Estos agentes de salud comunitarios proceden de las comunidades locales y hablan las lenguas locales. Cada agente de salud comunitario dispone de un teléfono móvil con acceso a Internet, equipo médico-quirúrgico básico y medicamentos de emergencia para responder a los problemas de salud de las comunidades locales. También coordinan la derivación y el traslado a los servicios de emergencia, secundarios y terciarios, y mantienen registros detallados (a través de una aplicación) sobre la salud de las poblaciones locales (188).

Pesaje de una niña guatemalteca.
Foto: Tory Taylor / USAID / CC BY



Mecanismo operacional 12: Sistemas para mejorar la calidad de la atención

La OMS define este mecanismo del marco para la atención primaria de salud como sistemas locales, subnacionales y nacionales para evaluar y mejorar continuamente la calidad de los servicios de salud integrados (38). La atención de salud de calidad es eficaz, segura, centrada en la persona, oportuna, eficiente, equitativa e integrada (189). Sin embargo, los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas suelen recibir una atención de menor calidad que otras poblaciones y pueden tener necesidades diferentes que requieren una consideración específica.

Con una política y una estrategia nacionales de calidad se pueden sistematizar y fortalecer los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención (189). Dado que la equidad es una dimensión fundamental de la calidad, los responsables políticos pueden utilizar una política y estrategia nacionales de calidad como punto de partida para el diálogo estratégico sobre el papel del sistema de salud en la lucha contra las desigualdades sanitarias. Un paso importante para institucionalizar la calidad de la atención inclusiva es la orientación de los servicios en torno a las necesidades, las preferencias y la participación de todas las poblaciones, teniendo en cuenta las consideraciones étnicas (189). Los elementos clave de las políticas nacionales pueden reforzarse para que tengan en cuenta específicamente las desigualdades sanitarias de las poblaciones afectadas por la discriminación racial. Otro punto de partida es hacer de la lucha contra las desigualdades sanitarias que sufren los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas uno de los objetivos y prioridades de las políticas y estrategias nacionales de calidad (recuadro 14).

Las definiciones locales de calidad deben incorporar explícitamente las perspectivas de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas.

Un paso importante para institucionalizar la calidad de la atención inclusiva es orientar los servicios en torno a las necesidades, las preferencias y la participación de todas las poblaciones, teniendo en cuenta las cuestiones étnicas.

En el contexto de las desigualdades que afectan a las poblaciones que sufren discriminación racial, estas definiciones de calidad deben tener en cuenta las desigualdades en la calidad de la atención y las diferentes experiencias de los pacientes (189). Para llevar a cabo reformas en materia de calidad que incluyan a las poblaciones que sufren discriminación racial es necesario exigir a los equipos clínicos y de gestión responsables de la aplicación que reflejen la inclusividad y el compromiso de reducir la desigualdad en sus propios enfoques y valores.

Existen múltiples mecanismos de mejora de la calidad que pueden dar forma a los servicios de salud, y es necesario ampliar esos mecanismos para que se centren específicamente en las desigualdades en la calidad de la atención de salud de las poblaciones afectadas por la discriminación racial. Cuando los países disponen de una política y una estrategia nacional de calidad, a menudo existirá un conjunto definido de intervenciones de calidad (186). Muchas de esas intervenciones pueden examinarse y perfeccionarse desde el punto de vista de la equidad sanitaria. Las medidas destinadas a mejorar la calidad de la atención en relación con la discriminación racial pueden consistir, por ejemplo, en:

- establecer normas y objetivos de calidad de la atención de salud que contemplen las desigualdades sanitarias de las poblaciones afectadas por la discriminación racial;
- incorporar la atención intercultural como parte de la acreditación profesional; y
- utilizar las capacidades de mejora de la calidad en los puntos de atención para descubrir las variaciones en la atención y formular soluciones locales (189).

Recuadro 16

Mejora de la calidad de la atención materna de los pueblos indígenas en Colombia

En el norte de Colombia, una estrategia interinstitucional para reducir la mortalidad materna y neonatal de los pueblos wayúu y arhaucu se ha centrado en mejorar la calidad de la atención materna. Las medidas consisten en la formación de los médicos tradicionales y los equipos de salud en materia de nutrición materna, y la elaboración de directrices sobre la adaptación de los servicios socioculturales y la atención materna y perinatal durante la pandemia de COVID-19. Se ha formado a los trabajadores de la salud para que respeten los usos y costumbres indígenas, por ejemplo, permitiendo que las madres estén acompañadas durante el parto y utilizando ciertas medicinas tradicionales. Se ha contratado y formado a enfermeras, parteras y agentes comunitarios de las comunidades indígenas locales, lo que ha fomentado la confianza, ya que hablan las lenguas locales y entienden los sistemas de creencias indígenas. Las medidas dirigidas a combatir las desigualdades sanitarias basadas en el origen étnico están siendo apoyadas por herramientas digitales de indicadores de seguimiento desglosados por salud y atención materna y perinatal (190).



Colombia.
Foto: OPS / CC BY

Mecanismo operacional 13: Investigaciones orientadas a la atención primaria de salud

El mecanismo operacional 13 se refiere a la investigación y gestión de los conocimientos, en particular la divulgación de las enseñanzas extraídas, así como el uso de los conocimientos para acelerar la ampliación de estrategias eficaces y, de este modo, fortalecer los sistemas orientados a la atención primaria de salud (38). En el ámbito de la atención primaria de salud es poco frecuente que se lleven a cabo investigaciones sobre las desigualdades sanitarias de las poblaciones afectadas por la discriminación racial. Es responsabilidad de las instancias normativas, los financiadores de la investigación, las instituciones de investigación y la sociedad civil fomentar sistemas que promuevan y valoren dicha investigación.

En primer lugar, es necesario promover enfoques de investigación participativa en materia de salud de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas (recuadro 17). La investigación participativa implica que el proceso de investigación, las metas, los objetivos, los métodos, el análisis, la interpretación y la difusión deben realizarse en colaboración y ser acordados entre los investigadores y la población local (124,191–194). La falta de participación en la investigación puede afectar negativamente a las poblaciones que sufren discriminación racial, y también favorecer situaciones de represión, control colonial y búsqueda de chivos expiatorios (192,195). Es esencial que un enfoque étnico de la investigación se base en la consulta, en una sólida participación de la comunidad y en métodos que reconozcan las diversas formas de aprendizaje y enseñanza (“formas de conocer”) de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas (123,195). Además, deben tenerse en cuenta las formas de desventaja que se entrecruzan, por ejemplo, garantizando la participación de mujeres pertenecientes a poblaciones que sufren discriminación racial y promoviendo su empoderamiento en la investigación (recuadro 18) (196).

La investigación participativa implica que el proceso de investigación, las metas, los objetivos, los métodos, el análisis, la interpretación y la difusión deben realizarse en colaboración y ser acordados entre los investigadores y la población local.

La investigación participativa también debe ajustarse a las normas de protección de datos y de confidencialidad, garantizar un consentimiento informado adecuado y limitar el acceso a los datos para evitar su uso indebido (195).

Los actores del sistema de salud, la sociedad civil, los gobiernos y las comunidades locales pueden contribuir a promover este tipo de investigación. La investigación deberá documentar y evaluar intervenciones eficaces que puedan abordar los determinantes subyacentes de las desigualdades sanitarias, las barreras de acceso a la atención primaria de gran calidad y la discriminación basada en los servicios. Este conocimiento es esencial para fundamentar la labor de fortalecimiento de los sistemas de salud en curso (56), y es importante que la investigación se lleve a cabo con la participación de las comunidades a las que concierne (194).

Un aspecto fundamental para construir la base de evidencia es ampliar la financiación de la investigación e invertir en enfoques de investigación flexibles para ensayar nuevas intervenciones que aborden la discriminación racial y las desigualdades sanitarias que afectan a las poblaciones que la sufren. Esto permite a los encargados de la ejecución adaptar las intervenciones durante su aplicación para responder a la evolución de las necesidades y a los nuevos datos sobre la eficacia. A largo plazo, la comunidad investigadora puede trabajar para crear repositorios de «prácticas prometedoras» y estudios de casos relacionados con las intervenciones que abordan las desigualdades sanitarias que afectan a las poblaciones objeto de discriminación racial. Estos estudios de casos podrían indicar qué disposiciones políticas, de gobernanza o de financiación han facilitado los buenos resultados de determinadas intervenciones y cuáles han supuesto un obstáculo.

Recuadro 17

Reflexiones sobre la investigación participativa con base comunitaria en Ghana

En un comentario en que se reflexiona sobre el proceso de realización de estudios participativos con base comunitaria en Ghana (entre 2015 y 2017) se señalan cuestiones ético-culturales clave a la hora de utilizar este enfoque de investigación. Según el estudio, es necesario establecer relaciones y confianza, promover la confidencialidad, garantizar el consentimiento informado y respetar los valores y las prácticas culturales para salvaguardar la integridad de la investigación. Además, se señala la aplicación de medidas para reducir las barreras a la participación, como el diseño de las sesiones de intervención para que resulten factibles, interactivas y se impartan en la lengua materna de los participantes (198).



Medicina tradicional y cobertura sanitaria universal en Ghana.
Foto: OMS / Ernest Ankomah

Recuadro 18

Red mundial para la investigación participativa de las mujeres indígenas

El Foro Internacional de Mujeres Indígenas es una red mundial que permite a las organizaciones de mujeres indígenas de todo el mundo fortalecer sus capacidades y adquirir técnicas de liderazgo, así como garantizar la participación de las mujeres en la investigación y los procesos de toma de decisiones. Un ejemplo de su trabajo es el Observatorio de Mujeres Indígenas contra la Violencia, creado en 2010, que es un mecanismo para supervisar y sacar a la luz la situación de la violencia contra las mujeres indígenas, como respuesta a la falta de datos e información pertinentes. También tiene como objetivo garantizar un enfoque participativo e interactivo en los estudios de investigación y la documentación de los casos a nivel local (199).



Guatemala: mujeres de zonas rurales diversificando sus ingresos y desarrollando resiliencia.
Foto: ONU Mujeres / CC BY

Por último, debe hacerse un esfuerzo por dar prioridad a la equidad sanitaria en la investigación en materia de salud. Los financiadores de la investigación deben fomentar la prioridad de la equidad sanitaria y los enfoques interseccionales en que se evalúan las capacidades y las privaciones de las personas a lo largo de múltiples dimensiones interseccionales, así como las medidas de reparación (197).

Mecanismo operacional 14: Seguimiento y evaluación

El mecanismo operacional 14 se refiere al seguimiento y evaluación por medio de sistemas de información sanitaria que funcionan correctamente, generan datos fiables y apoyan el uso de información para mejorar la adopción de decisiones y el aprendizaje de los agentes locales, nacionales y mundiales (38). Para comprender la magnitud de los retos a los que se enfrenta el sistema de salud, incluidas las desigualdades sanitarias, y reforzar los sistemas sanitarios en consecuencia, es necesario disponer de datos fiables, detallados y actualizados. Sin embargo, en muchos países, los datos sanitarios rara vez se desglosan por origen étnico.

Para sentar las bases que permitan hacer frente a las desigualdades sanitarias que afectan a las poblaciones que sufren discriminación racial, es necesario invertir en sistemas de recopilación de datos sistemáticos que permitan la autoidentificación y la recogida de datos desglosados en función del origen étnico y otros estratificadores de la equidad. Estos datos son decisivos para fundamentar las metas y los objetivos de las intervenciones dirigidas a reducir la discriminación y el racismo, y también para impulsar las mejoras del sistema y fomentar la rendición de cuentas. Por ejemplo, las fórmulas de asignación de recursos y los procesos de adaptación local de los servicios se basan en estos datos (200). Todos los procesos de recopilación de datos deben estar en consonancia con un enfoque basado en los derechos humanos, de manera que los datos no

sean identificables y existan mecanismos y procedimientos robustos de protección de datos (201). La legislación y los protocolos son fundamentales para apoyar este proceso (mecanismo estratégico 2; mecanismo operacional 11) (155).

Se necesitan datos de alta calidad para la investigación y para promover la rendición de cuentas del sistema con el fin de apoyar otras medidas dirigidas a combatir las desigualdades que afectan a las poblaciones que sufren discriminación racial (mecanismo estratégico 4; mecanismo operacional 13). Debe facilitarse el acceso a los datos, en consonancia con los procesos de confidencialidad y salvaguarda, para la investigación independiente y el seguimiento del sistema de salud, las políticas públicas y la sociedad en relación con las desigualdades sanitarias que afectan a las personas que sufren discriminación racial. Los responsables políticos pueden considerar la posibilidad de utilizar las tecnologías digitales (mecanismo operacional 11) para ofrecer plataformas abiertas, accesibles y transparentes para los datos sobre las desigualdades sanitarias con el fin de sensibilizar y promover la rendición de cuentas dentro del sistema de salud, y para implicar y equipar a las comunidades para demandar el cambio (mecanismo estratégico 4). Esto podría consistir en documentar, en diferentes contextos locales, las deficiencias de acceso y calidad de los servicios de salud.

Para comprender la magnitud de los retos a los que se enfrenta el sistema de salud, incluidas las desigualdades sanitarias, y para reforzar los sistemas sanitarios en consecuencia, es necesario disponer de datos fiables, detallados y actualizados. Sin embargo, en muchos países, estos datos no se suelen desglosar por origen étnico.

En relación con esto, es necesario garantizar que las actividades de seguimiento y evaluación de datos integren enfoques que respeten las culturas locales y se conciben con el apoyo de la comunidad. Esto incluye la preparación conjunta de los procesos de recopilación de datos y de los tipos de datos recopilados con las comunidades locales. Ello puede mejorar el conocimiento de cómo se identifican a sí mismos los diferentes grupos y qué procesos son importantes (para las comunidades beneficiarias) y deben ser medidos.

Deben aplicarse procesos de seguimiento a las medidas multisectoriales en favor de la salud, y existe la opción de medir el grado en que se aplican enfoques sinérgicos e intersectoriales para hacer frente a las desigualdades sanitarias de las poblaciones afectadas por la discriminación racial (176). Así, por ejemplo, se puede medir el grado en que los proveedores de atención de salud ponen en contacto a los pacientes con servicios sociales y de mayor alcance en las comunidades (176).

Recuadro 19

El Marco estratégico 2020-2030 de la UE para la igualdad, la inclusión y la participación de los gitanos

La estrategia de la Comisión Europea *Una unión de la igualdad: Marco estratégico de la UE para la igualdad, la inclusión y la participación de los gitanos* afirma que muchas de las entre 10 y 12 millones de personas de la comunidad romaní del continente europeo (según estimaciones de 2012) siguen enfrentándose a la discriminación. La estrategia se centra en la diversidad de la población romaní para garantizar que las estrategias nacionales satisfagan las necesidades de los distintos grupos, como las mujeres romaníes, los jóvenes, los niños, los ciudadanos móviles de la UE, los apátridas y los gitanos de edad avanzada, así como las personas con discapacidad. La estrategia fomenta un enfoque interseccional, teniendo en cuenta cómo pueden combinarse diferentes aspectos de la identidad para exacerbar la discriminación. También incluye un marco de medición con objetivos e indicadores que se corresponden con los ODS. Entre ellos se incluye la medición del acceso a la atención de salud para los romaníes y las diferencias en los resultados de salud entre las poblaciones romaníes y no romaníes (204).



Una gran familia gitana: matriarca con sus hijas, nueras y nietos.
Foto: OMS / Malin Bring

También cabe la posibilidad de ampliar el seguimiento y evaluación de los servicios de salud midiendo la competencia cultural de los proveedores y el alcance de los servicios interculturales como parte de los parámetros de calidad de la atención de salud (202). Una mejor medición permite determinar las deficiencias en materia de calidad y servir para definir los ámbitos de mejora (203).

Por último, los servicios de salud pueden desempeñar un papel importante en la lucha contra el racismo y la discriminación racial, al detectar los primeros indicios de victimización (repetida) a través de incidentes subdelictivos (149). Este papel puede reforzarse invirtiendo en las funciones de seguimiento y salvaguardia de los servicios de salud y promoviendo el diálogo intersectorial (por ejemplo, con los sectores policial o de bienestar social).

Recuadro 20

Investigación, seguimiento y estrategias para hacer frente a las desigualdades en la transmisión de la COVID-19 y la aceptación de la vacunación en Inglaterra

En el informe final del Gobierno del Reino Unido sobre los progresos realizados para hacer frente a las desigualdades sanitarias con relación a la COVID-19, publicado en diciembre de 2021, se examinó por qué esta enfermedad estaba teniendo un impacto desproporcionado en las minorías étnicas del país, y se planificaron mejoras en la respuesta gubernamental. En la investigación, en que participaron universidades, varios departamentos gubernamentales y la Oficina Nacional de Estadística, se identificaron los factores de riesgo para la transmisión de la COVID-19 (entre ellos, la ocupación, los hogares multigeneracionales, la mala calidad del aire y las condiciones de privación), lo que condujo a la adopción de medidas específicas para proteger a las minorías étnicas (por ejemplo, orientación sobre las infecciones en los hogares multigeneracionales) y para reducir los obstáculos a la aceptación de la vacuna. Las medidas incluyeron el fomento de la confianza de las minorías étnicas mediante su inclusión en la investigación de la COVID-19, así como la participación de los ministros de los gobiernos de las minorías étnicas en los ensayos de las vacunas. Las intervenciones específicas consistieron en:

- utilizar los lugares de culto como centros de vacunación;
- facilitar el traslado en autobuses y taxis de vacunación a los establecimientos de las comunidades locales;
- realizar campañas dirigidas específicamente a responder a las inquietudes sobre la vacuna y promover su aceptación;
- colaborar con los líderes religiosos y personalidades destacadas de las minorías étnicas y personas influyentes para generar confianza y fomentar la aceptación de la vacunación; y
- combatir la información errónea sobre las vacunas en las redes sociales mediante contenidos para desmentir mitos y enfoques específicos (205).



Reino Unido: Vacunación contra la COVID-19.
Foto: OMS / Blink Media – Chiara Luxardo

Conclusión

Las desigualdades sanitarias que afectan a las poblaciones que sufren discriminación racial son importantes y siguen presentes en muchos países de forma generalizada. Son el resultado de las interacciones entre los determinantes sociales más amplios de la salud y el racismo y la discriminación estructurales en la sociedad. Los estudios presentados en esta revisión rápida indican que los sistemas de salud, al ser una de las instituciones sociales básicas, tienen un papel vital que desempeñar en la reducción de las desigualdades sanitarias que afectan a las poblaciones que sufren discriminación racial. Si no se adoptan medidas concretas y dirigidas a combatir las causas fundamentales de las desigualdades sanitarias, los sistemas de salud pueden perpetuar y agravar las desigualdades reforzando el racismo y la discriminación estructurales. Por otra parte, los sistemas de salud pueden desempeñar un papel fundamental a la hora de movilizar o reformar las sociedades para hacer frente a las desigualdades sanitarias.

La atención primaria de salud constituye una plataforma ideal para integrar las medidas destinadas a combatir las desigualdades sanitarias que sufren las poblaciones que se enfrentan a la discriminación racial e impulsar el cambio del sistema de salud. Está bien situada para hacerlo, debido a que:

- la atención primaria de salud es un programa para el cambio social;
- la atención primaria de salud forma parte de la agenda de los ODS y del compromiso de no dejar a nadie atrás;
- la atención primaria de salud se centra explícitamente en la lucha contra las desigualdades y sus causas profundas;
- la atención primaria de salud incorpora medidas de gran alcance para afrontar los determinantes sociales más amplios de la salud;
- la atención primaria de salud implica servicios de salud accesibles y de gran calidad; y

Si no se adoptan medidas concretas y dirigidas a combatir las causas fundamentales de las desigualdades sanitarias, los sistemas de salud pueden perpetuar y agravar las desigualdades porque refuerzan el racismo y la discriminación estructurales. Por otra parte, los sistemas de salud pueden desempeñar un papel fundamental a la hora de movilizar o reformar las sociedades para hacer frente a las desigualdades sanitarias.

- la atención primaria de salud incorpora a las comunidades locales y las dota de capacidad de acción y decisión.

La atención primaria de salud es un enfoque de «toda la sociedad» y «todas las instancias de gobierno» sobre la salud y el bienestar, que es esencial para hacer frente a las desigualdades sanitarias de las poblaciones afectadas por la discriminación racial; las intervenciones limitadas y aisladas no serán suficientes para lograr el cambio. La lucha contra las desigualdades sanitarias tiene sinergias y efectos indirectos en otros sectores.

En esta revisión rápida se han encontrado pruebas esenciales, pero siguen existiendo importantes lagunas en la investigación. La investigación sobre políticas y sistemas de salud relativos a los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas, así como los pueblos indígenas, es considerablemente escasa en muchos ámbitos. Esto se debe a que en muchos países los datos que se recogen no se desglosan en función de la raza o la etnia percibida. Para subsanar las principales deficiencias, la investigación futura puede contemplar:

- una conceptualización más robusta a nivel mundial de la cuestión de la discriminación racial con relación a la salud, basándose en los marcos y la documentación existente en todos los países, trabajando para armonizar las diferentes perspectivas y crear un censo entre disciplinas;
- la realización de estudios demográficos, epidemiológicos y de sistemas de salud continuados donde se examinen las desigualdades entre los grupos que sufren discriminación racial;
- la ampliación del conocimiento sobre las necesidades sanitarias, las preferencias, las creencias culturales y las visiones del mundo de las diferentes poblaciones que sufren discriminación racial;
- la mejora del conocimiento sobre los múltiples factores que se entrecruzan y que pueden impulsar la discriminación (como las normas de género adversas, la religión, la discapacidad, la situación socioeconómica y la situación migratoria) que interactúan con la discriminación racial, y las repercusiones conexas sobre la salud;
- la realización continua de estudios sobre el impacto de las intervenciones dirigidas a combatir la discriminación racial, tanto dentro del sistema de salud como en sectores relacionados con la salud;
- el fortalecimiento de una perspectiva de equidad sanitaria en toda la investigación relacionada con la salud, incluida la investigación sobre políticas y sistemas de salud (206,207) y la investigación sobre la aplicación (208);
- la elaboración de síntesis mundiales de constataciones y mejores prácticas relativas a las desigualdades sanitarias que afectan a las poblaciones que sufren discriminación racial, junto con una labor de búsqueda de los obstáculos que dificultan unos buenos resultados en contextos específicos.

A nivel mundial, se necesitan esfuerzos políticos, intergubernamentales y de la sociedad civil para conseguir apoyo a las medidas dirigidas a combatir la discriminación racial en relación con la salud y sus determinantes, en todos los sectores, lo que implica:

- el fortalecimiento continuo del papel de la Red de las Naciones Unidas sobre Discriminación Racial y Protección de las Minorías, y el fomento de la cooperación y la colaboración en el conjunto de las Naciones Unidas con objeto de apoyar los esfuerzos y las actividades de los países para hacer frente a la discriminación racial y promover la protección de las minorías (209);

- la armonización de esfuerzos para hacer frente a la discriminación racial y fortalecer la protección de las minorías al amparo del Llamamiento a la Acción en favor de los Derechos Humanos del Secretario General de las Naciones Unidas, que señala siete ámbitos temáticos, entre ellos los derechos humanos como elemento básico del desarrollo sostenible, los derechos en tiempos de crisis, la igualdad de género y la igualdad de derechos para las mujeres, y la participación de los ciudadanos y el espacio cívico (210);
- el apoyo continuado a las plataformas internacionales para reforzar la investigación sobre los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otras minorías étnicas; un ejemplo es el Grupo para la Igualdad Racial (GRacE) de The Lancet, cuyo objetivo es promover la igualdad racial y étnica mediante el examen de sus propias prácticas de publicación, sus políticas editoriales y su personal, así como la promoción de la investigación sobre esas poblaciones (211, 212).

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible se basa en el principio universal de «no dejar a nadie atrás», un valor que ocupa un lugar central en la atención primaria de salud. La pandemia de COVID-19 y la mayor atención que se presta a la desigualdad relacionada con la discriminación racial en todo el mundo han demostrado que muchas personas siguen estando «muy atrasadas» y corren el riesgo de «quedarse atrás». El racismo y la discriminación, incluido en el sistema de salud, son antagonistas directos de la agenda de no dejar a nadie atrás. Hacer hincapié en la atención primaria de salud y fortalecerla brinda la oportunidad de cambiar el sistema para hacer frente a las desigualdades sanitarias, al combatir la discriminación racial y promover un enfoque intercultural de la salud, tal y como se articula en la Declaración de Alma-Ata: ofrecer salud para todos «conforme al espíritu de la justicia social».

Referencias

1. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible [sitio web]. Nueva York: Naciones Unidas; 2018 (<https://sdgs.un.org/es/goals>, consultado el 8 de enero de 2022).
2. Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *Lancet*. 2018;392(10156):1461–72. doi:10.1016/S0140-6736(18)31829-4.
3. OMS y UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>, consultado el 18 junio de 2021).
4. World social report 2020: inequality in a rapidly changing world. Nueva York, NY: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas; 2020 (<https://www.un.org/development/desa/dspd/world-social-report/2020-2.html>, consultado el 30 de junio de 2021).
5. Promoting inclusion through social protection: report on the world social situation 2018. Nueva York, NY: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas; 2018 (<https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2018/07/1-1.pdf>, consultado el 8 de noviembre de 2021).
6. Día Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo. No dejar a nadie atrás: los pueblos indígenas y el llamado a un nuevo contrato social [sitio web]. Nueva York: Naciones Unidas; 2021 (<https://www.un.org/development/desa/indigenous-peoples-es/dia-internacional-de-los-pueblos-indigenas-del-mundo-2021.html>, consultado el 5 de febrero de 2022).
7. People of African descent [fact sheet]. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; 2015 (<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Racism/PAD.pdf>, consultado el 9 de septiembre de 2021).
8. State of the world's indigenous peoples: indigenous peoples' access to health services. Nueva York, NY: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas; 2018 (<https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/03/The-State-of-The-Worlds-Indigenous-Peoples-WEB.pdf>, consultado el 8 de septiembre de 2021).
9. Informe de la Relatora Especial sobre cuestiones de las minorías, Rita Izsák: Estudio exhaustivo de la situación de los derechos humanos de los romaníes en todo el mundo, prestando especial atención al fenómeno del antigitanismo. Nueva York, NY: Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas; 2015 (https://digitallibrary.un.org/record/797194/files/A_HRC_29_24-ES.pdf, consultado el 5 de febrero de 2022).
10. Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia: Declaración y Programa de Acción (celebrada del 31 de agosto al 8 de septiembre de 2001 en Durban (Sudáfrica)). Nueva York, NY: Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas; 2002 (https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/DurbanDecProgAction_sp.pdf, consultado el 19 de octubre de 2021).
11. Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: resumen analítico del informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>, consultado el 9 de abril de 2021).
12. Política sobre etnicidad y salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2017 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34447>, consultado el 10 de septiembre de 2021).
13. Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2019 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51745>, consultado el 10 de septiembre de 2021).
14. OMS, UNESCO, ACNUDH, OIM, UNDCO y DAES. Consultas del diálogo fronterizo sobre la lucha contra la discriminación estructural por motivos raciales y étnicos: Ámbitos de actuación fundamentales de los planes de recuperación de la COVID-19. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/es/publications/m/item/frontier-dialogue-consultations-on-addressing-structural-racial-and-ethnicity-based-discrimination>, consultado el 26 de enero de 2022).
15. Leaving no one behind: a UNSDG operational guide for UN country teams, interim draft. Ginebra: United Nations Sustainable Development Group; 2019 (<https://unsdg.un.org/sites/default/files/Interim-Draft-Operational-Guide-on-LNOB-for-UNCTs.pdf>, consultado el 8 de noviembre de 2021).
16. Powell JA, Menéndez S. The problem of othering: towards inclusiveness and belonging [sitio web]. En: *Othering & Belonging: Expanding the Circle of Human Concern*. Berkeley, CA: The Haas Institute for a Fair and Inclusive Society; 2016;1:14–40 (<https://www.otheringandbelonging.org/the-problem-of-othering/>, consultado el 7 de septiembre de 2021).
17. Lewis TT, Van Dyke ME. Discrimination and the health of African Americans: the potential importance of intersectionalities. *Curr Dir Psychol Sci*. 2018;27(3):176–82. doi:10.1177/0963721418770442.
18. Crenshaw K. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Rev*. 1991;43(6):1241–99. <https://doi.org/10.2307/1229039>.
19. Who are indigenous peoples? [fact sheet]. Nueva York, NY: Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas; s.f. (https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/5session_factsheet1.pdf, consultado el 4 de febrero de 2022).
20. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. Nueva York: Naciones Unidas; 2007 (https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_S_web.pdf, consultado el 5 de febrero de 2022).
21. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Derechos de las Minorías: Normas internacionales y orientaciones para su aplicación. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas; 2010 (https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/MinorityRights_sp.pdf, consultado el 8 de febrero de 2022).
22. Red de las Naciones Unidas sobre Discriminación Racial y Protección de las Minorías. Lista de control para reforzar la labor de las Naciones Unidas en los países para combatir la Discriminación Racial y Promover los Derechos de las Minorías. Nueva York: Naciones Unidas; 2021 (<https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Minorities/AnnotatedChecklist-SP.pdf>, consultado el 5 de febrero de 2022).
23. Kasanda PL. Identification and definition of “people of African descent” and how racial discrimination against them is manifested in various regions: working paper. Grupo de Trabajo de Expertos sobre los Afrodescendientes, 3 a 7 de febrero, Ginebra, 2003. Ginebra: Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas; 2003 (<https://digitallibrary.un.org/record/486012>, consultado el 2 de abril de 2022).
24. Council of Europe descriptive glossary of terms relating to Roma issues. Estrasburgo: Consejo de Europa; 2012 (<http://a.cs.coe.int/team20/cahrom/documents/Glossary%20Roma%20EN%20version%2018%20May%202012.pdf>, consultado el 5 de febrero de 2022).
25. Collins FS. What we do and don't know about 'race', 'ethnicity', genetics and health at the dawn of the genome era. *Nat Genet*. 2004;36:S13–5. doi:10.1038/ng1436.
26. Yudell M, Roberts D, DeSalle R, Tishkoff S. Taking race out of human genetics. *Science*. 2016;351(6273):564. doi:10.1126/science.aac4951.

27. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Washington, DC: Organización Panamericana de Salud Pública; 2008 (<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf>, consultado el 12 de febrero de 2022).
28. Migration and health: enhancing intercultural competence and diversity sensitivity. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332186/9789289055055-eng.pdf>, consultado el 12 de febrero de 2022).
29. Declaración sobre la Raza y los Prejuicios Raciales. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 1978 (http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=13161&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html, consultado el 21 junio de 2021).
30. Bailey ZD, Krieger N, Agénor M, Graves J, Linos N, Bassett MT. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *Lancet*. 2017;389(10077):1453–63. doi:10.1016/S0140-6736(17)30569-X.
31. OMS y UNICEF. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352205>, consultado el 2 de abril de 2022).
32. Adams J, White M, Moffatt S, Howel D, Mackintosh J. A systematic review of the health, social and financial impacts of welfare rights advice delivered in healthcare settings. *BMC Public Health*. 2006;6:81 doi:10.1186/1471-2458-6-81.
33. Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Xu J. Primary care, race, and mortality in US states. *Soc Sci Med*. 7;61(1):65–75. doi:10.1016/j.socscimed.2004.11.056.
34. Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. *PLoS Med*. 2017;14(5):e1002306. doi:10.1371/journal.pmed.1002306.
35. Hone T, Saraceni V, Medina Coeli C, Trajman A, Rasella D, Millett C et al. Primary healthcare expansion and mortality in Brazil's urban poor: a cohort analysis of 1.2 million adults. *PLoS Med*. 2020;17(10):e1003357. doi:10.1371/journal.pmed.1003357.
36. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457–502. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.
37. Bhutta ZA, Ali S, Cousens S, Ali TM, Haider BA, Rizvi A et al. Interventions to address maternal, newborn, and child survival: what difference can integrated primary health care strategies make? *Lancet*. 2008;372(9642):972–89. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61407-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61407-5).
38. OMS y UNICEF. Marco operacional para la atención primaria de salud: transformar la visión en acción. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/351718>, consultado el 8 de septiembre de 2021).
39. Mahler DG, Yonzan N, Lakner C, Castaneda Aguilar RA, Wu H. Updated estimates of the impact of COVID-19 on global poverty: turning the corner on the pandemic in 2021? [Sitio web]. Washington, DC: Banco Mundial; 2021 (<https://blogs.worldbank.org/opendata/updated-estimates-impact-covid-19-global-poverty-turning-corner-pandemic-2021>, consultado el 3 de junio de 2021).
40. Petersen EE. Racial/ethnic disparities in pregnancy-related deaths — United States, 2007–2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2019 ;68(35):762–765. doi:10.15585/mmwr.mm6835a3.
41. Raleigh V, Holmes J. The health of people from ethnic minority groups in England [sitio web]. Londres: The King's Fund; 2021 (<https://www.kingsfund.org.uk/publications/health-people-ethnic-minority-groups-england>, consultado el 25 de junio de 2021).
42. Das-Munshi J, Lund C, Mathews C, Clark C, Rethon C, Stansfeld S. Mental health inequalities in adolescents growing up in post-apartheid South Africa: cross-sectional survey, SHaW Study. *PLoS One*. 2016;11(5):e0154478. doi:10.1371/journal.pone.0154478.
43. Freeman T, Baum F, Lawless A, Labonté R, Sanders D, Boffa J et al. Case study of an Aboriginal community-controlled health service in Australia. *Health Hum Rights*. 2016;18(2):93–108. PMID:28559679.
44. Anderson I, Robson B, Connolly M, Al-Yaman F, Bjertness E, King A et al. Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *Lancet*. 2016;388(10040):131–57. doi:10.1016/S0140-6736(16)00345-7.
45. Viet Nam Demographic and Health Survey 2002. Calverton, MD: Committee for Population, Family and Children and ORC Macro; 2003 (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR139/FR139.pdf>, consultado el 5 de febrero de 2022).
46. Dang HH. Vietnam: a widening poverty gap for ethnic minorities. En: Hall G, Patrinos H, eds. *Indigenous peoples, poverty and development*. Londres: Cambridge University Press; 2012 (<https://papers.ssrn.com/abstract=2346307>, consultado el 9 de septiembre de 2021).
47. Gu H, Li W, Wang J, Wang Y, Bo J, Liu L. Hypertension prevalence, awareness, treatment and control among Han and four ethnic minorities (Uygur, Hui, Mongolian and Dai) in China. *J Hum Hypertens*. 2015;29(9):555–60. doi:10.1038/jhh.2014.123.
48. Fa JE, Nasi R, Funk SM. The COVID-19 pandemic endangers Africa's indigenous Pygmy populations. *Ecohealth*. 2021;18(4):403–5. doi:10.1007/s10393-021-01528-w.
49. Jackson D. The health situation of women and children in Central African Pygmy peoples. *Indigenous Affairs*. 2006;1(06):38–45 https://www.iwgia.org/images/publications/IA_1-2006.pdf.
50. Roma health report: health status of the Roma population – data collection in the Member States of the European Union. Bruselas: Comisión Europea; 2014 (https://ec.europa.eu/chafea/health/archives/documents/health/roma-health-report-2014_en.pdf, consultado el 13 de febrero de 2022).
51. Lawson DW, Mulder MB, Ghiselli ME, Ngadaya E, Ngowi B, Mfinanga SGM et al. Ethnicity and child health in northern Tanzania: Maasai pastoralists are disadvantaged compared to neighbouring ethnic groups. *PLoS One*. 2014;9(10):e110447. doi:10.1371/journal.pone.0110447.
52. Micronutrients: results of the 2010 Tanzania Demographic and Health Survey. Dar Es Salaam: Oficina Nacional de Estadística de Tanzania e ICF Macro; 2011 (<https://www.nbs.go.tz/nbs/takwimu/references/2010TDHSMicronutrientsReport.pdf>, consultado el 5 de febrero de 2022).
53. Tanzania national nutrition survey using SMART methodology (TNNS) 2018. Dar Es Salaam: Ministerio de Salud, Desarrollo Comunitario, Género, Personas Mayores y Niños (Tanzania continental), Ministerio de Salud (Zanzibar), Centro de Alimentación y Nutrición de Tanzania, Oficina Nacional de Estadística, Oficina del Jefe de Estadística del Gobierno (Zanzibar) y UNICEF; 2018 (https://www.tfnc.go.tz/uploads/publications/sw1564647893-New%20Tanzania%20National%20Nutrition%20Survey%20_25%20June%202019.pdf, consultado el 2 de abril de 2022).
54. Santos RV, Borges GM, Campos MB de, Queiroz BL, Coimbra CEA, Welch JR. Indigenous children and adolescent mortality inequity in Brazil: what can we learn from the 2010 National Demographic Census? *SSM Popul Health*. 2020;10:100537. doi:10.1016/j.ssmph.2020.100537.
55. Antai D. Inequalities in under-5 mortality in Nigeria: do ethnicity and socioeconomic position matter? *J Epidemiol*. 2011;21(1):13–20. doi:10.2188/jea.JE20100049.
56. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA. Racism and health: evidence and needed research. *Annu Rev Public Health*. 2019;40:105–25. doi:10.1146/annurev-publhealth-040218-043750.
57. Lewis TT, Cogburn CD, Williams DR. Self-reported experiences of discrimination and health: scientific advances, ongoing controversies, and emerging issues. *Annu Rev Clin Psychol*. 2015;11(1):407–40. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032814-112728.

58. Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A et al. Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10(9):e0138511. doi:10.1371/journal.pone.0138511.
59. Hicken MT, Lee H, Morenoff J, House JS, Williams DR. Racial/ethnic disparities in hypertension prevalence: reconsidering the role of chronic stress. *Am J Public Health*. 2014;104(1):117–23. doi:10.2105/AJPH.2013.301395.
60. Berger M, Sarnyai Z. “More than skin deep”: stress neurobiology and mental health consequences of racial discrimination. *Stress Amst Neth*. 2015;18(1):1–10. doi:10.3109/10253890.2014.989204.
61. Brody GH, Yu T, Miller GE, Chen E. Discrimination, racial identity, and cytokine levels among African-American adolescents. *J Adolesc Health*. 2015;56(5):496–501. doi:10.1016/j.jadohealth.2015.01.017.
62. Barnes LL, de Leon CFM, Lewis TT, Bienias JL, Wilson RS, Evans DA. Perceived discrimination and mortality in a population-based study of older adults. *Am J Public Health*. 2008;98(7):1241–7. doi:10.2105/AJPH.2007.114397.
63. Earnshaw VA, Rosenthal L, Lewis JB, Stasko EC, Tobin JN, Lewis TT et al. Maternal experiences with everyday discrimination and infant birth weight: a test of mediators and moderators among young, urban women of color. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med*. 2013;45(1):13–23. doi:10.1007/s12160-012-9404-3.
64. Barnes LL, Lewis TT, Begeny CT, Yu L, Bennett DA, Wilson RS. Perceived discrimination and cognition in older African Americans. *J Int Neuropsychol Soc*. 2012;18(5):856–65. doi:10.1017/S1355617712000628.
65. Lewis TT, Troxel WM, Kravitz HM, Bromberger JT, Matthews KA, Hall MH. Chronic exposure to everyday discrimination and sleep in a multiethnic sample of middle-aged women. *Health Psychol*. 2013;32(7):810–9. doi:10.1037/a0029938.
66. Lewis TT, Kravitz HM, Janssen I, Powell LH. Self-reported experiences of discrimination and visceral fat in middle-aged African-American and Caucasian women. *Am J Epidemiol*. 2011;173(11):1223–31. doi:10.1093/aje/kwq466.
67. Elo IT, Beltrán-Sánchez H, Macinko J. The contribution of health care and other interventions to black-white disparities in life expectancy, 1980–2007. *Popul Res Policy Rev*. 2014;33(1):97–126. doi:10.1007/s11113-013-9309-2.
68. White M, Adams J, Heywood P. How and why do interventions that increase health overall widen inequalities within populations? En: *Social inequality and public health*. Bristol: Policy Press; 2009. doi:10.1332/policypress/9781847423207.003.0005.
69. Chopra M. Addressing health systems strengthening through an health equity lens. *BMC Health Serv Res*. 2013;13(2):S13. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-S2-S13>.
70. Verrept H. What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for refugees and migrants in the WHO European Region? Health Evidence Network (HEN) synthesis report 64. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327321/9789289054355-eng.pdf> consultado el 1 de julio de 2021).
71. Fiscella K, Sanders MR. Racial and ethnic disparities in the quality of health care. *Annu Rev Public Health*. 2016;37:375–94. doi:10.1146/annurev-publhealth-032315-021439.
72. Black Americans see a health-care system infected by racism, new poll shows [sitio web]. National Geographic; 2020 (<https://www.nationalgeographic.com/history/article/black-americans-see-health-care-system-infected-racism-new-poll-shows>, consultado el 7 de febrero de 2022).
73. LaVeist TA, Nuru-Jeter A. Is doctor-patient race concordance associated with greater satisfaction with care? *J Health Soc Behav*. 2002;43(3):296–306. <https://doi.org/10.2307/3090205>.
74. Strumpf EC. Racial/ethnic disparities in primary care: the role of physician-patient concordance. *Med Care*. 2011;49(5):496–503. <https://www.jstor.org/stable/23053808>.
75. Street RL, O'Malley KJ, Cooper LA, Haidet P. Understanding concordance in patient-physician relationships: personal and ethnic dimensions of shared identity. *Ann Fam Med*. 2008;6(3):198–205. doi:10.1370/afm.821.
76. Ngomane S, Mulaudzi FM. Indigenous beliefs and practices that influence the delayed attendance of antenatal clinics by women in the Bohlabele district in Limpopo, South Africa. *Midwifery*. 2012;28(1):30–8. doi:10.1016/j.midw.2010.11.002.
77. Smedley BD, Stith AY, Nelson R, editors. Institute of Medicine Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care. *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, DC: National Academies Press; 2003 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK220358/>, consultado el 14 de febrero de 2022).
78. FitzGerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Med Ethics*. 2017;18(1):19. doi:10.1186/s12910-017-0179-8.
79. LaVeist TA, Isaac LA. *Race, ethnicity, and health: a public health reader*, 2nd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2013.
80. Barr DA. *Health disparities in the United States: social class, race, ethnicity, and health* (2nd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 2014.
81. Hoffman KM, Trawalter S, Axt JR, Oliver MN. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2016;113(16):4296–301. doi:10.1073/pnas.1516047113.
82. Hamed S, Thapar-Björkert S, Bradby H, Ahlberg BM. Racism in European health care: structural violence and beyond. *Qual Health Res*. 2020;30(11):1662–73. <https://doi.org/10.1177/1049732320931430>.
83. Kelaher MA, Ferdinand AS, Paradies Y. Experiencing racism in health care: the mental health impacts for Victorian Aboriginal communities. *Med J Aust*. 2014;201(1):44–7. doi:10.5694/mja13.10503.
84. Boccolini CS, Boccolini P de MM, Damacena GN, Ferreira AP de S, Szwarwald CL. Factors associated with perceived discrimination in health services of Brazil: results of the Brazilian National Health Survey, 2013. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(2):371–8. doi:10.1590/1413-81232015212.19412015.
85. Hall WJ, Chapman MV, Lee KM, Merino YM, Thomas TW, Payne BK et al. Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: a systematic review. *Am J Public Health*. 2015;105(12):e60–76. doi:10.2105/AJPH.2015.302903.
86. Ben J, Cormack D, Harris R, Paradies Y. Racism and health service utilisation: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(12):e0189900. doi:10.1371/journal.pone.0189900.
87. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA, Vu C. Understanding how discrimination can affect health. *Health Serv Res*. 2019;54(S2):1374–88. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13222>.
88. Hassen N, Lofters A, Michael S, Mall A, Pinto AD, Rackal J. Implementing anti-racism interventions in healthcare settings: a scoping review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(6):2993. doi:10.3390/ijerph18062993.
89. Principales enseñanzas sobre la aplicación del enfoque de la salud en todas las políticas en el ámbito mundial: folleto informativo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331362/WHO-CED-PHE-SDH-18.1-spa.pdf>, consultado el 9 de abril de 2021).
90. Greszczuk C. *Implementing health in all policies*. Londres: The Health Foundation; 2019 (<https://www.health.org.uk/publications/reports/implementing-health-in-all-policies>, consultado el 9 de agosto de 2021).

91. Gwatkin DR, Ergo A. Universal health coverage: friend or foe of health equity? *Lancet*. 2011;377(9784):2160–1. doi:10.1016/S0140-6736(10)62058-2.
92. Robertson R, Williams E, Buck D, Breckwoldt J. Ethnic health inequalities and the NHS. Londres: The King's Fund and NHS Race and Health Observatory; 2021 (<https://www.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/06/Ethnic-Health-Inequalities-Kings-Fund-Report.pdf>, consultado el 29 de junio de 2021).
93. Sensitive personal information and the Privacy Act 2020. Wellington: Office of the Privacy Commissioner of New Zealand; 2021 (<https://www.privacy.org.nz/assets/New-order/Your-responsibilities-Privacy-resources-for-organisations/Sensitive-Personal-Information-and-the-Privacy-Act-2020.pdf>, consultado el 4 de febrero de 2022).
94. HISO 10001: 2017 ethnicity data protocols. Wellington: Ministerio de Salud; 2017 (https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/hiso_10001-2017_ethnicity_data_protocols_may-21.pdf, consultado el 4 de febrero de 2022).
95. Hobbs M, Ahuriri-Driscoll A, Marek L, Campbell M, Tomintz M, Kingham S. Reducing health inequity for Māori people in New Zealand. *Lancet*. 2019;394(10209):1613–4. doi:10.1016/S0140-6736(19)30044-3.
96. Disney G, Teng A, Atkinson J, Wilson N, Blakely T. Changing ethnic inequalities in mortality in New Zealand over 30 years: linked cohort studies with 68.9 million person-years of follow-up. *Popul Health Metr*. 2017;15(1):15. <https://doi.org/10.1186/s12963-017-0132-6>.
97. Informe nacional presentado con arreglo al párrafo 5 del anexo de la resolución 16/21 del Consejo de Derechos Humanos. Costa Rica (A/HRC/WG.6/33/CRI/1). Nueva York, NY: Naciones Unidas; 2019 (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G19/028/28/PDF/G1902828.pdf>, consultado el 14 de febrero de 2022).
98. Ministerio de Salud de Costa Rica. Plan Nacional de Salud para Personas Afrodescendientes 2018-2021. San José: Ministerio de Salud; 2018 (<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-institucionales/planes-institucionales/5076-plan-nacional-de-salud-para-personas-afrodescendientes/file>, consultado el 5 de febrero de 2022).
99. Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial. Nueva York: Naciones Unidas; 1965 (<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial>, consultado el 8 de junio de 2021).
100. OIT, C169 - Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 (Núm. 169). Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 1989 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C169, consultado el 3 de abril de 2022).
101. Resolución 47/135 de la Asamblea General de las Naciones Unidas: Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas Nueva York: Naciones Unidas; 1992 (<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-rights-persons-belonging-national-or-ethnic>, consultado el 3 de abril de 2002).
102. Payne S. How can gender equity be addressed through health systems? Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2009 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107956/Policy-brief-12-1997-8073-eng.pdf?sequence=9&isAllowed=y>, consultado el 9 de agosto de 2021).
103. Estrategia y plan de acción de las naciones unidas para la lucha contra el discurso de odio. Nueva York: Naciones Unidas; 2019 (https://www.un.org/en/genocideprevention/documents/advising-and-mobilizing/Action_plan_on_hate_speech_ES.pdf, consultado el 5 de abril de 2021).
104. United Nations Strategy and plan of action on hate speech detailed guidance on implementation for United Nations field presences. Nueva York: Naciones Unidas; 2020 (https://www.un.org/en/genocideprevention/documents/UN%20Strategy%20and%20PoA%20on%20Hate%20Speech_Guidance%20on%20Addressing%20in%20field.pdf, consultado el 5 de febrero de 2022).
105. Bamba C, Gibson M, Sowden A, Wright K, Whitehead M, Petticrew M. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64(4):284–91. doi:10.1136/jech.2008.082743.
106. Indigenous Services Canada: Mandate [sitio web]. Ottawa: Gobierno del Canadá; 2018 (<https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1539284416739/1539284508506>, consultado el 14 de septiembre de 2021).
107. Backgrounder: United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples Act [sitio web]. Ottawa: Gobierno del Canadá; 2021 (<https://www.justice.gc.ca/eng/declaration/about-apospos.html>, consultado el 14 de septiembre de 2021).
108. The situation of people of African descent in the Americas. Washington DC: Comisión Interamericana sobre los Derechos Humanos; 2011 (https://www.oas.org/en/iachr/afro-descendants/docs/pdf/afros_2011_eng.pdf, consultado el 12 de septiembre de 2021).
109. Añaños Bedriñana KG, Hernández Umaña BA, Rodríguez Martín JA. "Living Well" in the Constitution of Bolivia and the American Declaration on the Rights of Indigenous Peoples: reflections on well-being and the right to development. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(8):2870. doi:10.3390/ijerph17082870.
110. Sharp R. Budgeting for equity: gender budget initiatives within a framework of performance oriented budgeting. Nueva York, NY: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM); 2003 (<https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2003/1/budgeting-for-equity-gender-budget-initiatives-within-a-framework-of-performance-oriented-budgeting>, consultado el 4 de febrero de 2022).
111. Cavaghan R. The possibilities and constraints for intersectional practice in gender budgeting activism. *Soc Polit Int Stud Gend State Soc*. 2020;27(4):670–93. <https://doi.org/10.1093/sp/jxaa030>.
112. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Facilitators guide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44516>, consultado el 4 de febrero de 2022).
113. Shah A. Participatory budgeting. Public sector governance and accountability. Washington, DC: Banco Mundial; 2007 (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/6640>, consultado el 10 de agosto de 2021).
114. Francés F, La Parra-Casado D. Participation as a driver of health equity. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa, 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324909/9789289054126-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consultado el 22 de octubre de 2021).
115. Campbell M, Escobar O, Fenton C, Craig P. The impact of participatory budgeting on health and wellbeing: a scoping review of evaluations. *BMC Public Health*. 2018;18(1):822. doi:10.1186/s12889-018-5735-8.
116. Su C. Beyond inclusion: critical race theory and participatory budgeting. *New Polit Sci*. 2017;39(1):126–42. <https://doi.org/10.1080/07393148.2017.1278858>.
117. Nelson J, Brooks L. Racial equity toolkit: an opportunity to operationalize equity. USA: Government Alliance on Race and Equity; 2015 (<https://www.racialequityalliance.org/resources/racial-equity-toolkit-opportunity-operationalize-equity/>, consultado el 9 de agosto de 2021).
118. Gooden ST. Social equity and evidence: insights from local government. *Public Adm Rev*. 2017;77(6):822–8. <https://doi.org/10.1111/puar.12851>.
119. El enfoque Innov8 para examinar los programas nacionales de salud para que nadie se quede atrás. Manual técnico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34933>, consultado el 1 de julio de 2021).
120. Boyce T, Brown C. Engagement and participation for health equity. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2017 (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/353066/Engagement-and-Participation-HealthEquity.pdf, consultado el 6 de agosto de 2021).

121. Black RE, Taylor CE, Arole S, Bang A, Bhutta ZA, Chowdhury AMR et al. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 8. summary and recommendations of the Expert Panel. *J Glob Health*. 2017;7(1):010908. doi:10.7189/jogh.07.010908.
122. O'Mara-Eves A, Brunton G, McDaid D, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F et al. Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. *Public Health Res*. 2013;1(4):1–526. doi:10.3310/phr01040.
123. Hacia la Equidad en Salud: Estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España. Ministerio de Sanidad y Política Social de España; 2006 (<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/ENS2006PG.htm>, consultado el 5 de febrero de 2022).
124. Voice, agency, empowerment – handbook on social participation for universal health coverage. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342704>, consultado el 22 de octubre de 2021).
125. Inuuneritta III: Naalakkersuisut strategi for samarbejdet om det gode børneliv 2020-2030 [Estrategia de cooperación del Gobierno para una buena infancia 2020–2030]. Nuuk: Gobierno de Groenlandia; 2020 (en danés) (https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrINmYllVi_WIABQ00AopQ;_ylu=Y29sbwNpcjEjEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1649805107/RO=10/RU=https%3a%2f%2fpaarisa.gl%2f-%2fmedia%2fpaarisa%2fmateral%2ffilm-og-udgivelses%2frapport%2f%2finuuneritta-iii-sep20-naal-da-web_final.pdf/RK=2/RS=Y18hxlQiEPINwEjrQwHc_s9tdd-, consultado el 10 de febrero de 2022).
126. Facts about Greenland [sitio web]. Nuuk: Gobierno de Groenlandia; s.f. (<https://naalakkersuisut.gl/en/About-government-of-greenland/About-Greenland/Facts-about-Greenland>, consultado el 7 de febrero de 2022).
127. Tudor Hart J. The inverse care law. *Lancet*. 1971;297(7696):405–12. doi:10.1016/S0140-6736(71)92410-x.
128. Cookson R, Doran T, Asaria M, Gupta I, Mujica FP. The inverse care law re-examined: a global perspective. *Lancet*. 2021;397(10276):828–38. doi:10.1016/S0140-6736(21)00243-9.
129. Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008: 1–2008 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43952/9789243563732_spa.pdf, consultado el 15 de febrero de 2022).
130. Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(4):686–94. doi:10.1377/hlthaff.2012.1242.
131. Macinko J, Starfield B, Erinosho T. The impact of primary healthcare on population health in low-and middle-income countries. *J Ambul Care Manage*. 2009;32(2):150–71. doi:10.1097/JAC.0b013e3181994221.
132. Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, Van Lerberghe W. The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. *Soc Sci Med*. 2010;70(6):904–11. doi:10.1016/j.socscimed.2009.11.025.
133. Fiscella K, Shin P. The inverse care law: implications for healthcare of vulnerable populations. *J Ambul Care Manage*. 2005;28(4):304–12. doi:10.1097/00004479-200510000-00005.
134. Dussault G, Kawar R, Castro Lopes S, Campbell J. Building the primary health care workforce of the 21st century - Documento de antecedentes para la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud: Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328072>, consultado el 3 de abril de 2022).
135. Anstey Watkins J, Griffiths F, Goudge J. Community health workers' efforts to build health system trust in marginalised communities: a qualitative study from South Africa. *BMJ Open*. 2021;11(5):e044065. doi:10.1136/bmjopen-2020-044065.
136. What do we know about community health workers? A systematic review of existing reviews. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/what-do-we-know-about-community-health-workers-a-systematic-review-of-existing-reviews>, consultado el 5 de febrero de 2022).
137. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*. 2018;8(6):e021161. doi:10.1136/bmjopen-2017-021161.
138. Chan K-S, Wan EY-F, Chin W-Y, Cheng WH-G, Ho MK, Yu EY-T et al. Effects of continuity of care on health outcomes among patients with diabetes mellitus and/or hypertension: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 2021;22(1):145. doi:10.1186/s12875-021-01493-x.
139. Palmer W, Hemmings N, Rosen R, Keeble E, Williams S, Imison C. Improving access and continuity in general practice: practical and policy lessons. Londres: Nuffield Trust; 2018 (<https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2018-11/improving-access-and-continuity-in-general-practice-summary-final.pdf>, consultado el 15 de febrero de 2022).
140. Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2010 (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/115485/E94018.pdf, consultado el 6 de febrero de 2022).
141. Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract*. 2006;23(3):325–48. doi:10.1093/fampra/cmi113.
142. Bierman AS, Lurie N, Collins KS, Eisenberg JM. Addressing racial and ethnic barriers to effective health care: the need for better data. *Health Aff (Millwood)*. 2002;21(3):91–102. doi:10.1377/hlthaff.21.3.91.
143. Llamas A, Mayhew S. “Five hundred years of medicine gone to waste”? Negotiating the implementation of an intercultural health policy in the Ecuadorian Andes. *BMC Public Health*. 2018;18(1):686. doi:10.1186/s12889-018-5601-8.
144. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep*. 2003 Jul 1;118(4):293–302. doi:10.1093/phr/118.4.293.
145. Integrating health services. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326459>, consultado el 3 de abril de 2022).
146. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA et al. Review of systematic reviews of care coordination interventions. En: *Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies (vol. 7: care coordination)*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2007 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44016/>, consultado el 16 de febrero de 2022).
147. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res*. 2010;10(1):65. doi:10.1186/1472-6963-10-65.
148. O'Neill B, Ferrer R, O'Brien P, Watt G, Gottlieb L, Pinto A et al. Improving equity through primary care: proceedings of the 2019 Toronto International Conference on Quality in Primary Care. *Ann Fam Med*. 2020;18(4):364. doi:10.1370/afm.2560.
149. Tricket L. Hate crime and health services [sitio web]. International Network for Hate Studies; 2014 (<https://internationalhatestudies.com/hate-crime-health-services/>, consultado el 5 de febrero de 2022).
150. Kristensen P, Gravseth HM, Bjerkedal T. Influence of early life factors on social inequalities in psychiatric outcomes among young adult Norwegian men. *Eur J Public Health*. 2010;20(5):517–23. doi:10.1093/eurpub/ckq083.

151. Beach MC, Rosner M, Cooper LA, Duggan PS, Shatzer J. Can patient-centered attitudes reduce racial and ethnic disparities in care? *Acad Med.* 2007;82(2):193–8. doi:10.1097/ACM.0b013e31802d94b2.
152. Kressin NR, Chapman SE, Magnani JW. A tale of two patients: patient-centered approaches to adherence as a gateway to reducing disparities. *Circulation.* 2016;133(24):2583–92. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.116.015361
153. Metodología de los diálogos de saberes. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2021 (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55670/9789275324707_spa.pdf, consultado el 4 de febrero de 2022).
154. Diálogo intercultural [sitio web]. Nueva York, NY: Naciones Unidas; s.f. (<https://www.un.org/es/impacto-acad%C3%A9mico/di%C3%A1logo-intercultural>, consultado el 4 de febrero de 2022).
155. 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(1):78. doi:10.1186/s12939-017-0571-5.
156. Kildea S, Gao Y, Hickey S, Nelson C, Kruske S, Carson A et al. Effect of a Birthing on Country service redesign on maternal and neonatal health outcomes for First Nations Australians: a prospective, non-randomised, interventional trial. *Lancet Glob Health.* 2021;9(5):e651–9. doi:10.1016/S2214-109X(21)00061-9.
157. Mignone J, Bartlett J, O'Neil J, Orchard T. Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America. *J Ethnobiol Ethnomedicine.* 2007;5;3:31. doi:10.1186/1746-4269-3-31.
158. Truong M, Paradies Y, Priest N. Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC Health Serv Res.* 2014;14(1):99. doi:10.1186/1472-6963-14-99.
159. Wohler D, Liaw W. Team-based primary care: opportunities and challenges. Washington, DC: Starfield Summit; 2016 (https://www.graham-center.org/content/dam/rgc/documents/publications-reports/reports/StarfieldSummit_Report_TeamBasedPrimaryCare.pdf, consultado el 5 de febrero de 2022).
160. Williams WW. Medical school admissions — a movable barrier to ending health care disparities? *N Engl J Med.* 2021;384(17):1659–60. doi:10.1056/NEJMe2102832.
161. Lett LA, Murdock HM, Orji WU, Aysola J, Sebro R. Trends in racial/ethnic representation among US medical students. *JAMA Netw Open.* 2019;2(9):e1910490. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.10490.
162. Souza PGA de, Pôrto ACC de A, Souza A de, Silva AG da, Borges FT. Socio-economic and racial profile of medical students from a public university in Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Bras Educ Médica.* 2020;44(3):e090. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190111.ING>.
163. Heller A. Diversity in the medical workforce [sitio web]. Londres: The King's Fund; 2020 (<https://www.kingsfund.org.uk/blog/2020/02/diversity-medical-workforce-progress>, consultado el 11 de agosto de 2021).
164. Cerdeña JP, Plaisime MV, Tsai J. From race-based to race-conscious medicine: how anti-racist uprisings call us to act. *Lancet.* 2020;10;396(10257):1125–8. doi:10.1016/S0140-6736(20)32076-6.
165. Chandler CE, Williams CR, Turner MW, Shanahan ME. Training public health students in racial justice and health equity: a systematic review. *Public Health Rep.* 2021;00333549211015665. doi:10.1177/00333549211015665.
166. Sorensen J, Norredam M, Dogra N, Essink-Bot M-L, Suurmond J, Krasnik A. Enhancing cultural competence in medical education. *Int J Med Educ.* 2017;8:28–30. doi:10.5116/ijme.587a.0333.
167. Jacklin K, Strasser R, Peltier I. From the community to the classroom: the Aboriginal health curriculum at the Northern Ontario School of Medicine. *Can J Rural Med.* 2014;19(4):143–50. PMID:25291039.
168. Social participation, inclusion and community engagement approaches for the health of indigenous peoples in rural and remote areas [webinario]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/08/09/default-calendar/webinar-social-participation-inclusion-and-community-engagement-approaches-for-the-health-of-indigenous-populations-in-rural-and-remote-areas>, consultado el 9 de septiembre de 2021).
169. Kadri MRE, Santos BS dos, Lima RT de S, Schweickardt JC, Martins FM. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. *Interface (Botucatu).* 2019;23:e180613. <https://doi.org/10.1590/Interface.180613>.
170. Traditional and complementary medicine in primary health care. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326299>, consultado el 26 de enero de 2022).
171. WHO global report on traditional and complementary medicine 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341057>, consultado el 10 de diciembre de 2021).
172. Engaging the private health service delivery sector through governance in mixed health systems: strategy report of the WHO Advisory Group on the Governance of the Private Sector for Universal Health Coverage. Ginebra; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/strategy-report-engaging-the-private-health-service-delivery-sector-through-governance-in-mixed-health-systems>, consultado el 9 de febrero de 2021).
173. Ibañez XA, Dekanosidze T. The State's obligation to regulate and monitor private health care facilities: the Alyné da Silva Pimentel and the Dzebniauri cases. *Public Health Rev.* 2017;38(1):17. doi:10.1186/s40985-017-0063-6.
174. Barbeau EM, Wolin KY, Naumova EN, Balbach E. Tobacco advertising in communities: associations with race and class. *Prev Med.* 2005;40(1):16–22. doi:10.1016/j.ypmed.2004.04.056.
175. Gilmore JS, Jordan A. Burgers and basketball: race and stereotypes in food and beverage advertising aimed at children in the US. *J Child Media.* 2012;6(3):317–32. <https://doi.org/10.1080/17482798.2012.673498>.
176. Anderson AC, O'Rourke E, Chin MH, Ponce NA, Bernheim SM, Burstin H. Promoting health equity and eliminating disparities through performance measurement and payment. *Health Aff (Millwood).* 2018;37(3):371–7. doi:10.1377/hlthaff.2017.1301.
177. Sandh S, Saunders RS, McClellan MB, Wong CA. Health equity should be a key value in value-based payment and delivery reform [sitio web]. Washington, DC: Health Affairs Blog; 2020. doi:10.1377/hblog20201119.836369.
178. Lohrenz T. Contracting for equity: best local government practices that advance racial equity in government contracting and procurement. Estados Unidos de América: Insight Center for Community Economic Development, and Government Alliance on Race and Equity; 2015 (<https://www.racialequityalliance.org/resources/contracting-equity-best-local-government-practices-advance-racial-equity-government-contracting-procurement/>, consultado el 9 de agosto de 2021).
179. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010: 1 102 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44373>, consultado el 8 de febrero de 2022).
180. Alberti P, Teigland C, Nerenz DR. To design equitable value-based payment systems, we must adjust for social risk [sitio web]. Washington, DC: Health Affairs Blog; 2020. doi:10.1377/hblog20200911.279192.
181. Weissman JS, Hasnain-Wynia R, Weinick RM, Kang R, Vogeli C, Iezzoni L et al. Pay-for-performance programs to reduce racial/ethnic disparities: what might different designs achieve? *J Health Care Poor Underserved.* 2012;23(1):144–60. doi:10.1353/hpu.2012.0030.
182. Adler NE, Glymour MM, Fielding J. Addressing social determinants of health and health inequalities. *JAMA.* 2016;316(16):1641–2. doi:10.1001/jama.2016.14058.

183. Epstein AM, Jha AK, Orav EJ. The impact of pay-for-performance on quality of care for minority patients. *Am J Manag Care*. 2014;20(10):e479–486. PMID:25414986.
184. Kumar MM, Pathak VK, Ruikar M. Tribal population in India: a public health challenge and road to future. *J Fam Med Prim Care*. 2020;9(2):508–12. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_992_19.
185. Weiss D, Rydland HT, Øversveen E, Jensen MR, Solhaug S, Krokstad S. Innovative technologies and social inequalities in health: a scoping review of the literature. *PLoS One*. 2018;13(4):e0195447. doi:10.1371/journal.pone.0195447.
186. Azzopardi-Muscat N, Sørensen K. Towards an equitable digital public health era: promoting equity through a health literacy perspective. *Eur J Public Health*. 2019;29(Suppl 3):13–7. doi:10.1093/eurpub/ckz166.
187. Dawson AZ, Walker RJ, Campbell JA, Davidson TM, Egede LE. Telehealth and indigenous populations around the world: a systematic review on current modalities for physical and mental health. *Mhealth*. 2020;06:30. doi:10.21037/mhealth.2019.12.03.
188. eSALUD OPS. eSalud en acción: TulaSalud, iniciativa de telemedicina en Guatemala [sitio web]. Washington, DC: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www3.paho.org/ict4health/index.php?option=com_content&view=article&id=210:ehealth-in-action-tulasalud-telemedicine-in-guatemala&Itemid=204&lang=es, consultado el 26 de enero de 2022).
189. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272357>, consultado el 28 de octubre de 2021).
190. Maternal health for all: indigenous communities in Colombia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/towards-access-to-maternal-health-services-for-all-in-colombia-indigenous-communities>, consultado el 29 de octubre de 2021).
191. Baum FE. Power and glory: applying participatory action research in public health. *Gac Sanit*. 2016;30(6):405–7. doi:10.1016/j.gaceta.2016.05.014.
189. Indigenous peoples and participatory health research. Planning & management, preparing research agreements: draft for comments. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (https://www.mcgill.ca/cine/files/cine/partnerresearch_english.pdf, consultado el 6 de febrero de 2022).
193. Dadich A, Moore L, Eapen V. What does it mean to conduct participatory research with indigenous peoples? A lexical review. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1388. doi:10.1186/s12889-019-7494-6.
194. Loewenson R, Laurell AC, Hogstedt C, D'Ambrosio L, Shroff Z. Participatory action research in health systems: a methods reader. Harare: TARSC, AHPSP, WHO, IDRC Canada, Equinet; 2014 (http://equinet.org/sites/default/files/uploads/documents/PAR_Methods_Reader2014_for_web.pdf, consultado el 6 de febrero de 2022).
195. Cochran PAL, Marshall CA, Garcia-Downing C, Kendall E, Cook D, McCubbin L et al. Indigenous ways of knowing: implications for participatory research and community. *Am J Public Health*. 2008;98(1):22–7. doi:10.2105/AJPH.2006.093641.
196. Wheeler J, Shaw J, Howard J. Politics and practices of inclusion: intersectional participatory action research. *Community Dev J*. 2020;55(1):45–63. doi:10.1093/cdj/bsz036.
197. Brownson RC, Kumanyika SK, Kreuter MW, Haire-Joshu D. Implementation science should give higher priority to health equity. *Implement Sci*. 2021;16(1):28. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01097-0>.
198. Appiah R. Community-based participatory research in rural African contexts: ethico-cultural considerations and lessons from Ghana. *Public Health Rev*. 2020;41(1):27. doi:10.1186/s40985-020-00145-2.
199. Investigación y temas de impacto en la vida de las mujeres indígenas [sitio web]. Lima: Foro Indígena de Mujeres Indígenas (FIMI); 2019 (<https://fimi-iwif.org/programa-de-investigacion-y-temas-de-impacto-en-la-vida-de-las-mujeres-indigenas/>, consultado el 7 de febrero de 2022).
200. Love-Koh J, Griffin S, Kataika E, Revill P, Sibandze S, Walker S. Methods to promote equity in health resource allocation in low- and middle-income countries: an overview. *Glob Health*. 2020;16(1):6. doi:10.1186/s12992-019-0537-z.
201. Enfoque de datos basados en derechos humanos: que nadie se quede atrás en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; 2018 (https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/HRIndicators/GuidanceNoteonApproachtoData_SP.pdf, consultado el 10 de diciembre de 2021).
202. Ahmed S, Siad FM, Manalili K, Lorenzetti DL, Barbosa T, Lantion V et al. How to measure cultural competence when evaluating patient-centred care: a scoping review. *BMJ Open*. 2018;8(7):e021525. doi:10.1136/bmjopen-2018-021525.
203. Damberg CL, Baker DW. Improving the quality of quality measurement. *J Gen Intern Med*. 2016;31(Suppl 1):8–9. doi:10.1007/s11606-015-3577-y.
204. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo. Una Unión de la Igualdad: Marco estratégico de la UE para la igualdad, la inclusión y la participación de los gitanos. Bruselas: Comisión Europea (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/ALL/?uri=COM%3A2020%3A620%3AFIN>, consultado el 5 de abril de 2022).
205. UK Government Race Disparity Unit and Equality Hub. Final report on progress to address COVID-19 health inequalities. Londres: Gobierno del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte; 2021 (<https://www.gov.uk/government/publications/final-report-on-progress-to-address-covid-19-health-inequalities>, consultado el 5 de febrero de 2022).
206. Strategy on health policy and systems research: changing mindsets. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (https://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_changingmindsets_strategyhpsr.pdf, consultado el 9 de febrero de 2022).
207. World Report on health policy and systems research. Ginebra: Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://apo.who.int/publications/item/2018-07-13-world-report-on-health-policy-and-systems-research>, consultado el 5 de febrero de 2022).
208. Peters D, Tran N, Adam T. Implementation research in health: a practical guide. Ginebra: Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud Investigadores. Organización Mundial de la Salud; 2013 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/91758/9789241506212_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consultado el 6 de febrero de 2022).
209. Red de las Naciones Unidas sobre Discriminación Racial y Protección de las Minorías [sitio web]. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; 2021 (<https://www.ohchr.org/es/minorities/un-network-racial-discrimination-and-protection-minorities>, consultado el 7 de febrero de 2022).
210. Guterres A. La aspiración más elevada: Llamamiento a la acción en favor de los derechos humanos. Nueva York: Naciones Unidas; 2020 (https://www.un.org/en/content/action-for-human-rights/assets/pdf/The_Highest_Aspiration_A_Call_To_Action_For_Human_Right_SPA.pdf, consultado el 6 de febrero de 2022).
211. Racial and ethnic equality—time for concrete action. *Lancet*. 2020;396(10257):1055–6. doi:10.1016/S0140-6736(20)32077-8.
212. Advancing equity, diversity, and inclusion [sitio web]. Londres: The Lancet; ND (<https://www.thelancet.com/racial-equality>, consultado el 5 de abril de 2022).

