



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

ISSN 2744-8029 (En línea)

SÍNTESIS RÁPIDA

Metodologías, enfoques, modelos y estrategias para la articulación e integración de procesos de salud con saberes comunitarios, procesos de salud pública y bienestar social

(Respuesta de 10 días)

Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones

30/01/2023

Síntesis Rápida
Metodologías, enfoques, modelos y estrategias para la articulación e integración de procesos de salud con saberes comunitarios, procesos de salud pública y bienestar social

(Respuesta de 10 días)

30/01/2023

Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones-UNED
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

La Unidad de Evidencia y Deliberación para la toma de Decisiones (UNED) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia aprovecha la mejor evidencia global y local disponible para producir resúmenes de evidencia. UNED también convoca a ciudadanos, investigadores, tomadores de decisiones y otros actores interesados a participar en diálogos deliberativos con el objetivo de informar la formulación de políticas sociales y en salud y de mejorar de la población colombiana.



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

**Unidad de Evidencia y Deliberación
para la toma de decisiones
UNED**

Autores

Daniel Patiño, Ingeniero biomédico, MSc, PhD. Profesor e Investigador de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

David García, Politólogo, MSc Gobierno y políticas públicas, Investigador de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Viviana Vélez-Marín, MD, MSc (c), Investigadora de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Pamela Velásquez-Salazar, MD, MSc. Investigadora de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Leydi Camila Rodríguez Corredor. GESIS, MSc epidemiología, Doctora en Salud Pública(c). Investigadora del Grupo de Epidemiología, Universidad de Antioquia.

Esteban Castrillón-Martínez, MD. Investigador de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia

Isabel C. Marín-Orozco, MD, MSc. Investigadora de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Claudia Yaneth Vera-Giraldo, MSc, investigadora de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia

Duber Osorio, odontólogo, MSc en Ciencias Odontológicas. Investigador de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia

Hector Ivan Garcia-Garcia, MD, MSc Salud Pública y epidemiología. Profesor de la Universidad de Antioquia

Gabriel Jaime Ojalvo Castro, odontólogo, MSc en educación, PhD en salud colectiva. Profesor de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia

Paola Andrea Ramírez, LIS. Bibliotecóloga. Documentalista de la Unidad de Evidencia y Deliberación para la toma de Decisiones, UNED.

Línea temporal

Las síntesis rápidas se pueden solicitar en un plazo de tres, 10, 30, 60 o 90 días hábiles. Esta síntesis se preparó en un plazo de 10 días hábiles. En la página web de la Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones-UNED se presenta una descripción general de las características, alcance y contenidos en cada una de las diferentes líneas de tiempo.

Financiación

Esta síntesis rápida no recibió financiación. La Unidad recibe apoyo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Los puntos de vista expresados en la síntesis rápida son puntos de vista de los autores y no deben considerarse representativos de los puntos de vista de la Universidad de Antioquia.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no tienen intereses profesionales o comerciales relevantes para la síntesis rápida.

Revisión de mérito

Las síntesis rápidas de 10 y 30 días son revisadas por un investigador con el fin de garantizar su rigor científico y la relevancia para el sistema. Las síntesis rápidas no van a revisión de mérito debido al corto tiempo para su producción.

Citación

Patiño-Lugo D, García D. Vélez-Marín V, Velásquez-Salazar P, Rodríguez C, et al. Síntesis rápida: Metodologías, enfoques, modelos y estrategias para la articulación e integración de procesos de salud con saberes comunitarios, procesos de salud pública y bienestar social. Medellín, Colombia: Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones, Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia (ISSN 2744-8029). 30 de enero de 2023.



This work is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License.

To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

Contenido

MENSAJES CLAVE	5
Preguntas	5
¿Por qué el tema es importante?	5
Lo que encontramos	5
Integración y articulación entre procesos de atención en salud con los saberes propios de las comunidades	5
Cambios en la prestación de servicios	5
Cambios en la gobernanza	6
Estrategias de implementación	6
Integración y articulación entre procesos de atención en salud con la salud pública en las comunidades indígenas o rurales	6
Cambios en la prestación del servicio	6
Cambios en la gobernanza	7
Estrategias de implementación	7
Integración y articulación entre procesos de atención en salud con los procesos de promoción social	7
Cambios en la prestación del servicio	7
Cambios financieros	7
Glosario de términos relevantes	8
PREGUNTAS	9
¿Por qué el tema es importante?	9
LO QUE ENCONTRAMOS	11
Integración y articulación de los procesos de atención salud con los saberes propios de la comunidad	11
Características de la prestación del servicio	11
Cómo, cuándo y quién provee la atención	11
Dónde se presta la atención	16
Características de la gobernanza	17
Autoridad y rendición de cuentas para las autoridades políticas en salud	17
Autoridad y rendición de cuentas para las organizaciones	17
Autoridad y rendición de cuentas para profesionales de la salud	18
Autoridad y rendición de cuentas de los pacientes sobre la prestación del servicio, el monitoreo y las decisiones políticas y organizacionales	19
Características financieras	21
Estrategias de implementación	21
Integración y articulación entre procesos de atención en salud con la salud pública en las comunidades indígenas o rurales	27
Características de la prestación del servicio	27
Cómo, cuándo y quién provee la atención	27
Dónde se presta la atención	28
Características de la gobernanza	29
Autoridad y rendición de cuentas para las autoridades políticas en salud	29
Autoridad y rendición de cuentas para las organizaciones	29
Autoridad y rendición de cuentas para profesionales de la salud	30
Autoridad y rendición de cuentas de los pacientes sobre la prestación del servicio, el monitoreo y las decisiones políticas y organizacionales	30
Características financieras	30
Estrategias de implementación	31
Barreras identificadas para la implementación de las estrategias	34
Integración y articulación de la atención en salud con los procesos de promoción social	35
Características de la prestación del servicio	35
Cómo, cuándo y quién provee la atención	35
Cambios financieros	37
REFERENCIAS	38
ANEXOS	41
Anexo 1. Resumen de los hallazgos de estudios agregativos	41
Anexo 2. Resumen de los hallazgos de otros recursos	77
Anexo 3. Estrategias de búsqueda	87
Anexo 4. Diagrama PRISMA búsqueda y selección de los estudios incluidos	88

MENSAJES CLAVE

Preguntas

¿Qué dice la evidencia sobre las metodologías, herramientas, enfoques o experiencias que faciliten la integración y articulación entre procesos de atención en salud con los saberes propios de las comunidades, y con los procesos de salud pública y promoción social? ¿Hay evidencia enfocada en la atención integrada y articulada en el modelo de salud o de la prestación de servicios hacia las comunidades rurales e indígenas?

Para el desarrollo de la síntesis, esta pregunta se dividió en tres preguntas puntuales:

- ¿Qué dice la evidencia sobre la integración y articulación entre procesos de atención en salud con los saberes propios de las comunidades?
- ¿Qué dice la evidencia sobre la integración y articulación entre procesos de atención en salud con los saberes propios de las comunidades con los procesos de salud pública?
- ¿Qué dice la evidencia sobre la integración y articulación entre procesos de atención en salud con los saberes propios de las comunidades con los procesos de promoción social?

¿Por qué el tema es importante?

El sistema de salud de Colombia se encuentra en un proceso de transformación por medio del cual se busca implementar un modelo de salud preventivo y predictivo con enfoque de atención primaria y determinantes sociales en el territorio nacional. El departamento de Guainía es un territorio de la Región Amazónica con población altamente dispersa, mayoría de población indígena y con distintos retos sociales y en salud que deben ser tratados a partir de un modelo integral que permita la articulación de los procesos de salud allí presentes con los saberes y prácticas propios de las diferentes comunidades indígenas, y con procesos de salud pública y bienestar social que garanticen el derecho a la salud de sus habitantes.

Esta síntesis de evidencia busca identificar y presentar información sobre metodologías, herramientas, enfoques o experiencias que faciliten dicha articulación y sirva como insumo al Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia en la toma de decisiones informadas.

Lo que encontramos

La información de esta síntesis rápida proviene de 49 documentos: 1 *overview*, 19 revisiones sistemáticas, 19 revisiones de alcance, una revisión integrativa y 8 documentos de literatura gris.

Integración y articulación entre procesos de atención en salud con los saberes propios de las comunidades

Cambios en la prestación de servicios

- Los servicios de atención en salud deben ser tanto cultural como geográficamente accesibles, deben proporcionar atención médica oportuna a un bajo costo y garantizar una amplia disponibilidad de servicios, en una variedad de ubicaciones y entornos, incluyendo un mayor horario de atención, consultas sin agendamiento previo y transporte.
- El cuidado culturalmente apropiado requiere reconocimiento e integración de las prácticas culturales y políticas a nivel organizacional para facilitar las prácticas culturales indígenas, incorporar la curación y las prácticas tradicionales, garantizar la participación y control de las comunidades locales sobre los servicios de salud indígena.
- Los trabajadores comunitarios de salud (TSC) facilitan la provisión de servicios culturalmente apropiados.
- Las estrategias para mejorar la oportunidad en el acceso a la atención en salud para pacientes que viven en áreas dispersas o tienen limitaciones para el desplazamiento y que han mostrado ser útiles incluyen: la teleconsulta, las aplicaciones y plataformas web, la optimización del tamizaje y la promoción y prevención, y las clínicas móviles.

Cambios en la gobernanza

- Las organizaciones deben ser flexibles y adoptar enfoques para identificar y satisfacer las necesidades de la comunidad local; y brindar una variedad de servicios que sean relevantes, culturalmente apropiados y efectivos.
- La participación y control de las comunidades locales sobre los servicios de salud indígena debe estar garantizada con oportunidades de capacitación y desarrollo para todo el personal, incluyendo capacitación en conciencia cultural para el personal no indígena y capacitación integral para el personal que trabaja en áreas remotas o en aislamiento.
- Para lograr articular e integrar los procesos de atención en salud con los saberes propios de la comunidad se requiere de personal calificado para la atención culturalmente apropiada. Incluyendo la capacitación del personal que brinda apoyo en el hogar y el establecimiento de una fuerza laboral indígena que comprenda trabajadores comunitarios indígenas de la salud, trabajadores sociales, enfermeras, médicos, personal administrativo, gerentes y curanderos tradicionales.
- Múltiples revisiones resaltan la importancia de la participación comunitaria desde el diseño de los programas y la toma de decisiones sobre el funcionamiento, gestión y evaluación.

Estrategias de implementación

- Las principales barreras encontradas incluyen el historial de maltrato, la falta de recursos educativos culturalmente apropiados, el uso de terminología médica compleja, la falta de acceso a servicios culturalmente competentes y, la falta de confianza en los servicios de salud, y proveedores de medicina occidental.
- Las estrategias de implementación incluyen la prestación de servicios de transporte, la inclusión de miembros de la comunidad como enlace entre los servicios de atención y los pacientes, el apoyo con mensajes de texto, el seguimiento telefónico por parte de un miembro de la comunidad para discutir y sortear posibles barreras, los navegadores de pacientes indígenas (individuos que asisten a las personas y o familias que se identifica como indígenas), y los recursos de educación y promoción adaptados culturalmente.

Integración y articulación entre procesos de atención en salud con la salud pública en las comunidades indígenas o rurales

Cambios en la prestación del servicio

- El diseño y desarrollo de políticas de salud pública y programas de promoción y prevención dirigidos a las comunidades indígenas y rurales, debe enfocarse en una atención holística, empoderando a los pacientes y sus familias, y considerando los factores socioculturales y la forma de vida de la comunidad incorporando en la atención los conocimientos y prácticas tradicionales, valores culturales, costumbres y creencias.
- Los servicios de salud deben ser accesibles y las comunidades deben ser conscientes de la atención que brindan. Las iniciativas de prevención y promoción de la salud incluidas deben desarrollarse y adaptarse a las necesidades de la comunidad y esto requiere mejorar los procesos de alfabetización en salud. Además, debe darse asesoría sobre iniciativas de salud pública no incluidas en la Atención Primaria en Salud (APS) como la construcción y mantenimiento de sistemas de saneamiento, vigilancia de enfermedades, salud ambiental, distribución de alimentos y transporte.
- Los modelos de telemedicina optimizan el acceso a la atención en salud en ubicaciones remotas para los programas de promoción y prevención, la APS y la atención en salud de mayor complejidad. Deben ser tecnológicamente sólidos, y adaptarse para ofrecer una atención culturalmente competente.
- Es necesario que los profesionales de salud adquieran la competencia cultural adecuada para la atención y transmisión de la información. Los TSC son parte fundamental para mejorar la recepción de mensajes de salud y servir de puente entre la comunidad y los prestadores de servicios de salud.
- Los enfoques flexibles para la atención deben brindar una atención holística basada en una visión social de la salud, que permita la asociación con otros servicios de bienestar social o ambiental para promover la integración y cooperación.

Cambios en la gobernanza

- El personal calificado en atención en salud culturalmente apropiada es fundamental. Es necesario aumentar la capacidad de fuerza laboral dentro de las comunidades y brindar recursos para la competencia cultural adecuada que mejore la capacidad de respuesta de los médicos a los pacientes con una práctica clínica reflexiva. Debe capacitarse al personal de salud y al personal de apoyo no clínico como los TSC.
- La necesidad de implementar modelos de atención culturalmente incluyentes requiere la apropiación por parte de la comunidad de su salud y bienestar. La gobernanza comunitaria es necesaria en la aceptación y sostenimiento de las recomendaciones en salud.
- Los programas de salud exitosos dirigidos a las comunidades indígenas se integran dentro de los servicios existentes para permitir una mayor accesibilidad y reconocimiento.
- Las estrategias deben mitigar de los efectos de la estratificación socioeconómica con el aumento en la financiación de los servicios de salud, los programas de salud preventivos y los servicios de especialistas; y deben integrarse con políticas y acciones socioeconómicas y ambientales en curso.

Estrategias de implementación

- Las estrategias se dividieron en cinco grupos: programas de promoción y prevención culturalmente apropiado; intervenciones de alfabetización en salud para comunidades indígenas; creación de redes de cuidado con la participación de los TSC (o figuras equivalentes); intervenciones educativas y de formación dirigidas a profesionales de la salud; y el fortalecimiento tecnológico (incluye programas de telemedicina).
- Las barreras para acceder a estas estrategias son: la falta de atención culturalmente apropiada, la dispersión geográfica, el estigma para consultar sobre temas específicos como los relacionados a la salud sexual y reproductiva, la falta de recursos a nivel de los sistemas, organizaciones y pacientes; y la falta de evaluación de algunas tecnologías innovadoras en diferentes contextos. En Colombia, deben tenerse en cuenta los problemas que sufren las comunidades en relación con el conflicto armado, el analfabetismo en salud y la discriminación, antes de formular modelos de atención para las áreas rurales.

Integración y articulación entre procesos de atención en salud con los procesos de promoción social

Cambios en la prestación del servicio

- Los TSC son personas de la comunidad indígena o externos cercanos, que trabajan en procesos sociales, posibilitan un aumento en la cobertura de los servicios de salud y facilitan la comunicación y coordinación con el sistema de salud.
- Las relaciones entre el personal de salud y las comunidades indígenas se favorecen con estrategias que vinculen indígenas a programas de seguridad y bienestar social según sus roles sociales, y para ayudar en la prestación de servicios de salud.

Cambios financieros

- Es necesario flexibilizar las estructuras gubernamentales que limitan el acceso a los recursos del sistema de salud por parte de las organizaciones indígenas.
- Los modelos que permiten flexibilizar los mecanismos de financiación en salud a comunidades, incluyen el reconocimiento de grupos organizados indígenas y organizaciones no gubernamentales (ONGs) que trabajen y conozcan las necesidades específicas de la comunidad.

Glosario de términos relevantes

Alfabetización en salud: capacidad individual de obtener, procesar y entender información básica en salud (12).

Atención holística en salud: atención primaria en salud integral para apoyar la salud y el bienestar, no solo del individuo, sino también de su familia y comunidad. Incluye las necesidades mentales, emocionales y espirituales, además del bienestar físico (12).

Atención primaria en salud (APS): *“la atención en salud apropiada socialmente, accesible universalmente y adecuada científicamente, brindada en el primer nivel de atención de los sistemas y servicios de salud, con una fuerza de trabajo adecuadamente capacitada y compuesta por equipos multidisciplinarios, apoyados por un sistema de derivación de pacientes integrado que da prioridad a los más que tienen más necesidad y aborda las desigualdades en salud, maximiza la autosuficiencia individual y comunitaria, la participación y control, e implica la colaboración y asociación con otros sectores para promover la salud pública”* (12). Es prestada por médicos generales, enfermeras y profesionales de la salud aliados e incluye la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y cuidado de la enfermedad, desarrollo comunitario y rehabilitación.

Competencia cultural: cualidad de los trabajadores no indígenas de la salud sobre las prácticas y visiones de las comunidades indígenas para permitir una atención adecuada desde la parte cultural (10). Incluye la formación del personal, un planteamiento de cero tolerancias frente al racismo, la inclusión de los indígenas en el diseño, la prestación y la evaluación del programa y, la incorporación de las costumbres, la lengua y las creencias locales, cuando proceda (52).

Comunidades indígenas: *“aquellas que viven dentro de hábitats tradicionales o territorios ancestrales geográficamente distintos, y que se identifican a sí mismos como parte de un grupo cultural distinto, descendiente de grupos presentes en el área antes de que se formaran los estados y fronteras modernas. Generalmente mantienen una identidad cultural y social, y tienen instituciones políticas y culturales, sociales y económicas, separadas de la sociedad o cultura dominante”* (12).

Navegador de Pacientes Indígenas (IPN, por sus siglas en inglés): personal que asiste y apoya a otra persona o familia y que se identifica como indígena. Pueden ser profesionales o no profesionales (20).

Seguridad cultural o enfoques de atención culturalmente seguros: aquellos que reorientan la dinámica de poder entre los profesionales de la salud y los usuarios, pacientes, familia o comunidad. Conlleva el reconocimiento de factores históricos y del sistema, la reflexión sobre la dinámica de la práctica clínica y reta las disposiciones organizacionales y formas de la práctica occidental convencionales (10).

Servicios de atención social basados en la comunidad: tienen como objetivo abordar las dimensiones sociales de las discapacidades y, generalmente están diseñados para mejorar la esperanza y la calidad de vida de las personas con discapacidades físicas, sensoriales, afecciones neurológicas o psicosociales (47).

Trabajadores comunitarios de salud: personas de la comunidad (en este caso aborígenes o indígenas), o externos vinculados y reconocidos por la comunidad que conocen sus tradiciones y contexto. Participan en múltiples labores asociadas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y sirven de puente entre los profesionales de salud y la comunidad durante los procesos de atención en salud (45).

PREGUNTAS

Investigadores de la UNED y representantes del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, discutieron e identificaron los elementos más relevantes con relación al problema para los tomadores de decisiones, y definieron las siguientes preguntas:

1. ¿Qué dice la evidencia sobre las metodologías, herramientas, enfoques o experiencias que faciliten la integración y articulación entre procesos de atención en salud con los saberes propios de las comunidades, y con los procesos de salud pública y promoción social?
2. ¿Hay evidencia enfocada en la atención integrada y articulada en el modelo de salud o de la prestación de servicios hacia las comunidades rurales e indígenas?

Para facilitar la búsqueda de información y la presentación de esta en la síntesis, se dividió esta pregunta en tres partes:

- Metodologías, herramientas, enfoques o experiencias que faciliten la integración y articulación entre procesos de atención en salud con los saberes propios de las comunidades.
- Metodologías, herramientas, enfoques o experiencias que faciliten la integración y articulación entre procesos de atención en salud con los procesos de salud pública.
- Metodologías, herramientas, enfoques o experiencias que faciliten la integración y articulación entre procesos de atención en salud con los procesos de promoción social.

¿Por qué el tema es importante?

El sistema de salud colombiano se encuentra en un proceso de cambio transformador en el que se busca implementar un modelo de salud preventivo y predictivo con enfoque de atención primaria y determinantes sociales en el territorio nacional. Uno de los objetivos del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia es articular los procesos de atención en salud existentes en el Departamento de Guainía con los saberes comunitarios y distintos procesos de salud pública y bienestar social. Esta articulación se basa en los componentes del Sistema de Salud Propio e Intercultural -SISPI¹: 1) cuidado de salud propia e intercultural y sabiduría ancestral; 2) Político organizativo; 3) Formación, capacitación, generación y uso del conocimiento en salud, y 4) Administración y gestión.

Cuadro 1. Antecedentes de la síntesis rápida

Esta síntesis rápida moviliza evidencia de investigación tanto global como local sobre una pregunta presentada al programa de Respuesta Rápida de la Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones-UNED de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Siempre que sea posible, la síntesis rápida resume la evidencia científica extraída de revisiones sistemáticas de la evidencia y ocasionalmente de estudios de investigación individuales.

Una revisión sistemática es un resumen de los estudios que abordan una pregunta claramente formulada que utiliza métodos sistemáticos y explícitos para identificar, seleccionar y evaluar los estudios de investigación, y para sintetizar los datos de los estudios incluidos. La síntesis rápida no contiene recomendaciones, lo que habría requerido que los autores hicieran juicios basados en sus valores y preferencias personales.

Las síntesis rápidas pueden solicitarse en un plazo de tres (3), diez (10), treinta (30), sesenta (60) o noventa (90) días hábiles.

Esta síntesis rápida se preparó en un plazo de 10 días laborables e incluyó tres (3) pasos:

1. La presentación de una pregunta por parte de un formulador de políticas o de un actor interesado (en este caso, entre la UNED y el Ministerio de Salud y Protección Social);
2. Identificar, seleccionar, evaluar y sintetizar las investigaciones pertinentes sobre el tema;
3. Redactar la síntesis rápida de manera que se presente de forma concisa y en un lenguaje accesible.

¹ Guía Metodológica para la construcción de contenidos de los componentes e implementación del SISPI. Bogotá: MinSalud, 2016. https://guainia.micolombiadigital.gov.co/sites/guainia/content/files/000695/34710_anexo-38-guia-metodologica-implementacion-sispi.pdf

Teniendo en cuenta las características del departamento de Guainía, los retos reconocidos para lograr la articulación de los procesos de atención en salud con los saberes comunitarios y procesos de salud pública y bienestar social en poblaciones rurales, dispersas e indígenas incluyen: la inexistencia de vías terrestres para el suministro de bienes, servicios y transporte de pacientes, lo que obliga al uso de transporte fluvial y aéreo para estos fines donde los trayectos oscilan mínimo 1 y máximo 26 horas entre la cabecera municipal y el lugar de residencia de las comunidades² (2). Guainía cuenta con un índice de dispersión de 0,5 habitantes por km² lo que representa otro reto para la atención en salud y suministro de bienes y servicios para los cerca de 45.446 habitantes (según censo 2018), pues *“solamente el 17% de la población tiene algún tipo de contacto con el sistema de salud, generalmente mediante consulta pasiva y en caso de urgencia o consulta prioritaria”* (2).

Las principales enfermedades que afligen a la población son: parasitismo, tuberculosis, enfermedades gastrointestinales, erupciones en la piel, paludismo, dengue, entre otras. Las condiciones transmisibles y nutricionales son las más prevalentes entre los menores de 18 años; las condiciones maternas, perinatales, signos y síntomas mal definidos las más comunes entre las y los jóvenes y adultos; y las enfermedades crónicas no transmisibles las más frecuentes en los adultos mayores (2).

Ya que los retos en la prestación de servicios de salud en comunidades rurales, dispersas e indígenas no son exclusivos de Colombia, es útil analizar otros países y contextos se enfrentan a problemas similares. Examinando esas experiencias en la evidencia identificamos características y soluciones pertinentes para Colombia, esta síntesis de evidencia reúne información sobre metodologías, herramientas, enfoques o experiencias que faciliten la articulación e integración entre procesos de atención en salud con saberes propios comunitarios, procesos de salud pública y procesos de promoción social existentes en el territorio, con el fin de apoyar al Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia en la toma de decisiones informadas por la mejor evidencia disponible.

² Distintas comunidades indígenas como las Curripaco y Yeral señalan que el tiempo de desplazamiento puede ser de hasta 15 días (10 días en lancha o motor fuera de borda y 5 días por trocha) (1).

LO QUE ENCONTRAMOS

La búsqueda sistemática de evidencia en las bases de datos y fuentes de literatura gris, recuperó 1112 documentos. Tras el tamizaje por título y resumen quedaron 187 referencias. Se separaron las revisiones de todo tipo publicadas desde 2018, obteniendo 57 artículos. La literatura gris se limitó desde 2018, reunió 27 documentos. La selección por texto completo excluyó: un artículo por la población, 12 por la intervención, 17 por el diseño del estudio (revisiones narrativas, estudios primarios). De la literatura gris sólo se incluyeron los estudios realizados en América Latina. La evidencia de esta síntesis rápida proviene de 49 documentos: 1 *overview*, 19 revisiones sistemáticas, 19 revisiones de alcance, una revisión integrativa y 8 documentos provenientes de la literatura gris. Ver diagrama PRISMA en el **Anexo 4**.

A continuación, presentamos los hallazgos para cada una de las preguntas separando la información, características de prestación de servicios, financiación y gobernanza.

Integración y articulación de los procesos de atención salud con los saberes propios de la comunidad

La evidencia presentada proviene de seis revisiones sistemáticas (3–8), 14 revisiones de alcance (9–22) y ocho documentos correspondientes a reportes y literatura gris (23–30). La calidad de la evidencia de las revisiones sistemáticas fue evaluada como alta en dos estudios (5,9), moderada en uno (4), baja en dos (6,7) y críticamente baja en un estudio (8). La calidad de la evidencia de las revisiones de alcance fue evaluada como alta en siete estudios (9,12,13,16,19,21,22), moderada en cinco (10,11,15,18,20), baja en uno (17) y críticamente baja en un estudio (14).

Características de la prestación del servicio

Cómo, cuándo y quién provee la atención

Disponibilidad, acceso oportuno y continuidad

Se identificaron expectativas dentro de las comunidades indígenas frente a la disponibilidad de los servicios de atención en salud como:

1. **Que sean cultural y geográficamente accesibles:** considerando que el acceso a los servicios depende en gran medida la ubicación geográfica, la infraestructura y el apoyo financiero disponible para las comunidades (3,16);

Cuadro 2. Identificación, selección y síntesis de la evidencia científica

Identificamos la evidencia en Medline-PubMed, Cochrane Library, Epistemónikos, Biblioteca Virtual en Salud (Bireme-Lilacs), Embase, Redalyc, WHO Iris, OECD Catalogue, Social Health Evidence, y Social Systems Evidence. Además, consultamos los siguientes repositorios y colecciones regionales: WHO-IRIS, LARreferencia, LatIndex, Redalyc, Red de Repositorios Latinoamericanos, Social Systems Evidence, Health Systems Evidence, y organizaciones y universidades latinoamericanas y colombianas con investigación pertinente para el problema.

Se diseñaron estrategias de búsqueda adaptadas a las bases de datos consultadas. Ver detalles en el **Anexo 3**.

Los resultados de las búsquedas fueron evaluados por dos revisores para su inclusión en título y resumen y un revisor en texto completo. Para cada revisión sistemática que se incluyó en la síntesis se documentó el enfoque de la revisión, los hallazgos clave, año de la última búsqueda de la evidencia (como un indicador de cuán reciente es). Luego se utilizó esta información extraída para desarrollar una síntesis de los hallazgos clave de las revisiones incluidas.

La calidad de la evidencia se evaluó con el instrumento AMSTAR 2, el cual califica la calidad de las revisiones sistemáticas y de alcance como alta, moderada, baja y críticamente baja.

2. **Servicios permitan a los adultos mayores indígenas permanecer en sus hogares:** la importancia de la integración, la coordinación y la navegación dentro de la atención médica, particularmente en relación con los servicios especializados, y entre el sector salud y otros sectores (12,16,21).

La revisión de Hartfield y cols.(12) incluyó estudios de diversos países (entre ellos México y Perú) e identificó algunas características de los servicios de atención primaria en salud (APS) para las comunidades indígenas (12):

- Proporcionar atención médica asequible sin o a un bajo costo.
- Garantizar amplia disponibilidad de servicios en una variedad de ubicaciones y entornos, incluyendo un mayor horario de atención, consultas sin agendamiento previa y transporte.
- Brindar atención adecuada centrada en generar confianza con las comunidades, garantizando que los pacientes se sientan respaldados y seguros en relación con la privacidad y la confidencialidad. Además, implementar servicios respaldados por el respeto cultural, la justicia social y la igualdad.
- Garantizar la concientización en las comunidades sobre la existencia de la atención brindada por los servicios móviles y de extensión.

Cuidado culturalmente apropiado

Los componentes clave identificados en la evidencia(10, 21) para garantizar iniciativas de salud culturalmente seguras son:

- **Colaboración y asociación para informar el diseño y desarrollo de los programas de salud:** la colaboración comunitaria, la confianza y el respeto recíprocos, y la inclusión del conocimiento de los pueblos indígenas se identificaron con frecuencia como aspectos de las iniciativas de salud culturalmente seguras (10).
- **Poder compartido:** compartir el poder incluye examinar su distribución, reconociendo la estructura de atención médica dentro de una sociedad poscolonial y empoderando al paciente (10).
- **Abordar el contexto más amplio de la vida del paciente:** al respetar sus valores y prácticas culturales, el apoyo de la familia y la comunidad, y utilizar un determinante social indígena de enfoque de salud, comprendiendo el contexto histórico en el que se lleva a cabo la interacción (10).
- **Ambiente seguro:** incluye prácticas entre los proveedores de atención médica como no juzgar, hacer uso de recursos culturalmente relevantes y brindar un espacio que apoye las culturas indígenas. En las estrategias y entornos físicos culturalmente seguros de promoción de la salud es indispensable adaptarse lingüística y culturalmente a la población y referenciar la cultura local con colores, imágenes, o símbolos(10).
- **Autorreflexión a nivel organizacional e individual:** realizada a nivel del proveedor de salud y las organizaciones sobre dinámicas de poder, creencias e historia (10).
- **Capacitación para proveedores de atención de la salud:** debe incluir el aprendizaje sobre la cultura indígena, y la participación en la autorreflexión (10,21).

Algunas de las estrategias mencionadas para conseguir un cuidado culturalmente apropiado incluyen (4):

- Reconocer e integrar la diversidad cultural de los grupos indígenas. Los proveedores de atención en salud no deben rechazar la posible inclusión de miembros de la comunidad o de la familia en la atención del paciente en función de sus deseos (10).
- Brindar espacio para las prácticas culturales indígenas propias, con políticas a nivel organizacional para facilitar su inclusión (10).
- Incorporar los valores culturales, costumbres y creencias indígenas locales, como la curación y las prácticas medicinales tradicionales (12,21).

- Respetar las necesidades culturales de las mujeres y los hombres. Por ejemplo, que las mujeres solo hablen sobre asuntos relacionados con la salud de la mujer con otras mujeres, o servicios y programas específicos de género (12).
- Garantizar la participación y control de las comunidades locales sobre los servicios de salud indígena (12).
- Crear espacios acogedores, confortables y ambientes familiares. Por ejemplo, con el uso de arte indígena y sus símbolos (12).

La revisión de Jennings (4) se enfoca en la comunicación y su importancia en la atención médica culturalmente segura es la comunicación e identificó tres componentes clave de una comunicación en salud:

- El poder de la conversación, refiriéndose al valor que dan a la conversación,
- El poder que tiene de fomentar relaciones de confianza, fortalecer el compromiso y producir resultados positivos y,
- Las diferencias de poder dentro de la conversación (4).

Características identificadas de la comunicación afectada por las diferencias de poder son:

- La conversación que degrada, disminuye o quita poder.
- La naturaleza dominante e impersonal de las rondas de la sala y las preguntas y respuestas rápidas.
- La naturaleza impersonal de la comunicación médica escrita, como las listas de verificación previas al procedimiento o los folletos de información médica.
- Las críticas negativas, jerga médica o abstenerse de hablar.
- Ser degradado, juzgado o menospreciado, ignorado o desconfiado, son también formas identificadas de quitar empoderamiento a los pacientes y las comunidades (4).

Facilitadores para la comunicación son:

- La conversación que empodera al paciente y se desarrolla a su nivel.
- El respeto y la atención, reflejados en el tiempo que toman los profesionales para hablar con ellos, ya sea en una consulta individual o cuando se dirigen a la comunidad en general.
- El valor de las historias y su naturaleza recíproca durante las entrevistas médicas.
- La disposición de los profesionales de salud para relacionarse con el paciente con cuidado, humildad e igualdad, minimizando su poder, estatus, palabras altisonantes o su posición física (4).

La revisión de Webkamigad y cols. (16), reportó que una de las principales necesidades de los adultos mayores indígenas de Australia y América del Norte es la preservación de los valores culturales en el cuidado de la salud. Los ancianos requieren apoyo para abogar por las generaciones más jóvenes y educar sobre la salud y el bienestar, en el manejo de enfermedades crónicas e interactuar con la familia, especialmente con los niños. Reporta también la preferencia de estas comunidades (familia y amigos) por una atención en el hogar que facilita la responsabilidad compartida del cuidado, y el apoyo social por parte de la unidad familiar y el sistema de gobierno (16).

El modelo de gestión aplicado en Ica, Perú (30) se basa en la innovación para incorporar la interculturalidad en la prevención y control de tuberculosis en, basado en cuatro componentes: 1) Identificar los impulsores de cambio; 2) Definir un plan de cambio; 3) Generar espacios para la innovación con encuentros para presentar y priorizar los problemas a resolver, proponer acciones y monitorear los cambios; y 4) evaluar los resultados.

Habilidades de los proveedores (equipos de trabajo, expansión o extensión del rol de los profesionales)

La revisión de Shrivastava y cols. (21) reporta que la competencia cultural les permite a los usuarios indígenas desarrollar un trabajo en equipo con las comunidades. Esto requiere la participación de los trabajadores de salud comunitarios (TSC) que facilitar la provisión de servicios culturalmente apropiados, actuando como un puente entre los proveedores de cuidado primario y miembros de la comunidad. La capacitación dental interprofesional también ayudó a formar a los proveedores de atención primaria no dentales sobre su papel en la mejora de la salud bucal de las personas.

La **Tabla 1.** presenta algunos ejemplos de atención culturalmente segura encontrados en la evidencia.

Tabla 1. Ejemplos reportados en la evidencia de atención culturalmente segura

Ejemplo	Descripción
<p>Atención de la mujer indígena en servicios de maternidad (9)</p>	<p>Las mujeres indígenas que utilizan los servicios de maternidad urbana en cualquier momento durante el período perinatal se sienten culturalmente inseguras en la atención por factores como: estrés físico y emocional durante su tiempo en hospital, no tener elección en las posiciones de parto; sienten soledad, miedo y aislamiento; o son juzgadas por su cultura. Describen que el personal fue brusco o comunicación inadecuada entre el personal del hospital y las madres; problemas relacionados con la alienación y el racismo, y atención impersonal.</p> <p>Estas mujeres consideraron que las parteras (comadronas, matronas) tenían más probabilidades de ser culturalmente sensibles a sus necesidades y valoran mejor la atención de parteras indígenas o los programas específicos para mujeres indígenas. Los componentes referentes a la competencia cultural de las parteras incluyen: 1) las habilidades de comunicación, 2) el apoyo que reciben las parteras de otros proveedores de servicios de salud indígena y miembros de la comunidad, y 3) su capacidad de construir una relación con las mujeres durante el período perinatal.</p> <p>Se reportan dos procesos de evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores clave para determinar si las mujeres aborígenes disponían de atención prenatal aceptable y culturalmente apropiada: 1) Servicio con un protocolo prenatal específico para aborígenes; 2) Confirmación de un programa de atención prenatal específico para aborígenes; 3) Acceso óptimo por ubicación del servicio y disponibilidad de citas prenatales no reservadas y transporte; y 4) La inclusión de trabajadores de la salud aborígenes como miembros de equipos multidisciplinarios de atención prenatal. • Herramienta de evaluación de la competencia cultural organizacional: cuentan con nueve dominios: 1) crear un ambiente acogedor; 2) desarrollar, apoyar y mejorar la competencia cultural del personal; 3) comunicarse efectivamente con los aborígenes; 4) mejorar la prestación de servicios; 5) construir relaciones; 6) liderar y gestionar el cambio; 7) brindar atención culturalmente receptiva; 8) facilitar políticas y prácticas culturalmente inclusivas y seguras; y 9) monitorear y evaluar la efectividad de las estrategias.
<p>Atención culturalmente segura en cuidados paliativos para población indígena rural (11)</p>	<p>Entre las estrategias mencionadas se encuentran:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestos simbólicos o pequeños: uso de modelos de cuidado con una comprensión básica de la cultura indígena que eviten generalizaciones o enfoques pan-indígenas, dando un reconocimiento básico de los valores culturales indígenas únicos a través de gestos simbólicos. Las estrategias pueden incluir: <ul style="list-style-type: none"> • Crear un espacio acogedor para pacientes indígenas a través de la exhibición de obras de arte. • Reconocer y participar en el Día Nacional de los Aborígenes. • Integrar alimentos culturalmente apropiados en los menús. • Proporcionar atención que respete la práctica espiritual en ausencia de servicios de atención espiritual culturalmente específicos. 2. Anticipar las barreras a la atención que afectan la atención a los pueblos indígenas de manera desigual: estas estrategias pueden incluir: <ul style="list-style-type: none"> • Uso de una escala análoga visual para el dolor gráfica. • Proporcionar un intérprete de idioma o enlace. Alternativamente, utilizar miembros de la familia para la interpretación, cuando sea posible. • Consentimiento informado culturalmente apropiado (p. ej. consentimiento oral).

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Respetar a la persona, la familia y la comunidad: considerando particularidades culturales como la vestimenta específica, los medicamentos que pueden interferir con prácticas culturales, el deseo de no reanimación entre otros. 4. Toma de decisiones compartida con el paciente y la familia: adaptadas a las prioridades de las familias indígenas en la planificación de cuidados paliativos. 5. Participación del paciente y la familia: va más allá de la toma de decisiones compartida para garantizar que la persona, la familia y la comunidad sean consideradas socio iguales con los proveedores de atención en la toma de decisiones. Los ejemplos de la evidencia incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Hacer tiempo para conversaciones individuales sobre la atención. • Respetar las decisiones y aceptar las diferentes perspectivas sobre tratamiento o cuidado. • Proporcionar recursos para reducir la carga de cuidado de los cuidadores familiares (p. ej. provisión de relevo). • Implementación de programas de defensa de la salud aborígen para apoyar la participación del paciente en la atención y negociar dinámicas de poder entre el paciente y el proveedor. • Reclutar y facilitar la participación de proveedores de atención médica, voluntarios o familiares o amigos del mismo trasfondo cultural. 6. Comunicación respetuosa, clara y culturalmente apropiada 7. Apropiación comunitaria de los servicios: la provisión de servicios debe ser impulsada por las necesidades de la comunidad y construida sobre sus fortalezas y cultura. Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • Las universidades y los hospitales pueden asociarse con organizaciones comunitarias o líderes indígenas para brindar apoyo y recursos para el desarrollo de capacidades en el desarrollo, la ejecución y la evaluación de programas. • Involucrar a un comité asesor comunitario o enlace en la planificación y prestación de servicios combinado. 8. Potenciar la identidad cultural, el conocimiento y las tradiciones: las estrategias identificadas en la evidencia, incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Programas educativos que exploren los modelos indígenas de atención y evalúen críticamente el modelo occidental de atención y sus supuestos subyacentes. • Trascender la aceptación de la medicina tradicional, reconociendo en cambio el valor inherente de un enfoque indígena de la atención. 9. Política: es necesario promulgar una política de atención de la salud culturalmente apropiada e informada en los cuidados paliativos indígenas. Algunos ejemplos de políticas incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Certificación y protocolo de servicio culturalmente apropiado. • Reconocimiento institucional del papel de la familia en el final de la vida y el cuidado. • Inclusión de los pueblos indígenas en las estructuras de gobierno y toma de decisiones. • Priorizar la financiación servicios de atención paliativos basados en la comunidad.
<p>Centros de salud a largo plazo en comunidades indígenas norteamericanas “First Nations Peoples” (5)</p>	<p>Hallazgos relacionados con la incorporación de prácticas y saberes a las prácticas en salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La atención a largo plazo debe diseñarse y prestarse en colaboración con las comunidades, organizaciones indígenas y naciones originarias para garantizar una atención segura desde el punto de vista cultural, y contratar y retener a trabajadores indígenas locales. 2. Los centros de cuidado a largo plazo (CCLP) deben incorporar políticas, prácticas y formación del personal, basadas en el trauma para prestar servicios culturalmente seguros. 3. Los CCLP deben satisfacer las necesidades individuales de los residentes indígenas y de las naciones originarias de una manera culturalmente respetuosa que incluya la defensa de las creencias, actividades y prácticas culturales, espirituales y religiosas, incluidas las relacionadas con el final de la vida. 4. Un CCLP culturalmente seguro incluye la participación constante de la familia, los parientes y la comunidad indígena en general para mantener una conexión con la cultura y un sentido de pertenencia.

Dónde se presta la atención

Integración de servicios, oportunidad y continuidad del cuidado

Las estrategias mencionadas en la evidencia para mejorar la oportunidad en el acceso a la atención en salud para pacientes que viven en áreas dispersas o tienen limitaciones para el desplazamiento, y que han mostrado ser útiles mejorando desenlaces en salud, calidad de vida y satisfacción de los pacientes, son:

1. Teleconsulta (13):

- Virtual tipo teleconferencia: se realiza entre la sala de conferencia y el entorno de atención remoto. Puede usarse para atender nuevas remisiones, revisiones, monitorización de tratamiento o seguimiento rutinario.
- *In situ* por medio de clínicas móviles de telemedicina: vía comunicación electrónica, un tratante en el centro puede revisar los hallazgos y supervisar el personal en la clínica móvil. Puede usarse para las remisiones desde el cuidado primario a la atención secundaria y terciaria, para sobrepasar la barrera de la accesibilidad al cuidado avanzado.
- Liderado vía telefónica por el terapeuta ubicado en un centro o ciudad.

2. **Plataformas de tamizaje en salud:** grupo de plataformas para tamizaje médico que guardan y transmiten la información a centros de cuidado terciario para revisión por el especialista. Las recomendaciones del terapeuta luego se transmiten al sitio remoto utilizando las mismas plataformas. Como ejemplos están los equipos para tamizaje remoto, dispositivos portátiles adjunto al teléfono inteligente del paciente, y dispositivos de telemedicina tipo unidad de monitoreo en el hogar y “guardar y reenviar” (13).

3. **Promoción de la telemedicina:** basada en aplicaciones y plataformas en la red que promueven estilos de vida saludables, involucrando información culturalmente relevante (13).

4. **Clínicas móviles:** la evidencia de clínicas móviles de atención primaria de salud implementadas específicamente para poblaciones indígenas en Australia, Canadá, Nueva Zelanda y los Estados Unidos sugiere que estas clínicas pueden brindar atención médica a poblaciones que experimentan inequidad en la atención en salud, particularmente en países donde la atención médica puede ser inaccesible debido a barreras de transporte, financieras o culturales (19).

- La mayoría de las clínicas móviles se implementaron para atender a las poblaciones indígenas a lo largo de la vida. Esto indica un modelo holístico de atención primaria de salud centrado en la familia, que es una característica preferida de los servicios de atención primaria de salud indígena (19).
- Las organizaciones indígenas gobiernan y o implementan la mayoría de estas, y el resto se implementa en asociación con una organización o institución no indígena incluyendo gobiernos, organizaciones de salud, entidades comerciales, universidades y organizaciones, o fundaciones filantrópicas (19).
- Estas clínicas móviles funcionan mejor cuando existe un servicio local de atención primaria de salud eficaz (3).

La revisión de alcance de Shrivastava y cols. (21), describe enfoques para integrar los servicios de salud bucodental dentro de los servicios de atención primaria en salud, partiendo de incluir en el abordaje las cosmovisiones biomédicas e indígenas. Los autores encontraron que integrar los programas de salud oral a los programas de APS es efectivo y factible, mejora el acceso y estado de la salud dental de los niños y padres indígenas, incluyendo la disminución de caries, problemas periodontales y pérdida dental (21). El trabajo en equipo fue fundamental, tanto entre los proveedores de atención dental y trabajadores de la salud (trabajadores indígenas de salud, nutricionistas, pediatras y otro personal clínico) como con personal no clínico como los profesores y administradores en las escuelas (21).

Los programas de salud evaluados en esta revisión de alcance fueron agrupados en cuatro categorías (21):

- Programas de prevención y promoción de la salud bucal
- Servicios dentales integrales: incorporación de clínicas dentales a los servicios de atención médica, prestación de servicios básicos, de emergencia, especializados y de derivación, y desarrollo de servicios bucodentales.
- Servicios dentales aéreos (*fly in, fly out*): los profesionales de la salud trabajan en áreas rurales y remotas e inaccesibles volando allí temporalmente.
- Teleodontología.

Características de la gobernanza

Autoridad y rendición de cuentas para las autoridades políticas en salud

La mayoría de los programas integrados de atención primaria de salud oral evaluados en una revisión de alcance, fueron liderados por la colaboración de autoridades federales y agencias gubernamentales provinciales, organizaciones de salud indígena, consejos nacionales de investigación en salud y universidades (21). Estaban enfocados en el cumplimiento de metas y objetivos de sus planes de acción o estratégicos, o en documentos de política y eran principalmente administrados y financiados por gobiernos, organizaciones indígenas y universidades (21).

Autoridad y rendición de cuentas para las organizaciones

Las posibles características de la gobernanza institucional, requeridos para permitir la integración de los procesos de atención en salud con los saberes propios de la comunidad, son:

- **Enfoques flexibles para la atención:** adaptar los enfoques para identificar y satisfacer las necesidades de la comunidad local y brindar una variedad de servicios que sean relevantes, culturalmente apropiados y efectivos (12).
- **Integrar los servicios de atención de la salud:** con un enfoque de equipo multidisciplinario, manejo de casos y continuidad de la atención (12).
- **Atención holística de la salud:** proporcionar atención en salud integral, que apoye la salud y el bienestar, no solo del individuo, sino también de su familia y comunidad, y que incluya las necesidades mentales, emocionales y espirituales junto con al bienestar físico, proporcionando la curación tradicional como una opción dentro del servicio de salud (12,21).
- **Brindar espacio para las prácticas culturales:** por medio de políticas institucionales (10).
- **Garantizar la participación y control de las comunidades locales sobre los servicios de salud indígena** (12).
- **Emplear una variedad de personal calificado:** tanto sanitario como no sanitario, con el objetivo de satisfacer las necesidades de la comunidad (12).
- **Reconocer las responsabilidades del personal de salud indígena:** en relación con la familia y la comunidad y que frecuentemente se llevan a cabo dentro del servicio de salud, como interpretar y actuar como mediadores (12).
- **Brindar oportunidades de capacitación y desarrollo para todo el personal:** incluyendo capacitación en conciencia cultural para el personal no indígena y capacitación integral para el personal que trabaja en áreas remotas o en aislamiento, los cuales requieren habilidades y conocimientos adicionales para hacer frente a una variedad de necesidades complejas (12).

Autoridad y rendición de cuentas para profesionales de la salud

Entrenamiento y actualización

La revisión de alcance de Jongen y cols. (15) identificó dos estrategias de intervención dirigidas a la fuerza laboral en salud, como las principales para mejorar la competencia cultural (15):

- **Capacitación en competencia cultural al personal sanitario:** con un enfoque intercultural centrado en la enseñanza de conocimientos y habilidades ampliamente aplicables para la competencia cultural; o un enfoque categórico, donde se enseña a los practicantes sobre ciertas características, creencias y comportamientos de poblaciones relevantes.
- **Otras intervenciones de desarrollo profesional:** incluidas otras capacitaciones y tutorías, mediante: a) estrategias de capacitación concentrada en temas o campos de salud, o b) intervenciones específicas o estrategias de tutoría o supervisión en profesionales de forma individual, en servicios de salud, y para profesores y estudiantes que investigan minorías étnicas.

Algunos métodos reportados en la evidencia sugieren que una formación educativa adecuada puede aumentar el desarrollo de competencias culturales en personal de enfermería, incluyendo (18):

- **Programas de educación en línea:** enfocados en fortalecer y comprender la importancia del lenguaje en el entorno sanitario, utilizar intérpretes en la práctica clínica y abordar cuestiones lingüísticas y culturales durante el alta hospitalaria de los pacientes.
- **Conferencias interactivas:** sobre cultura, psicopatología, debates sobre migración y estudios relacionados con los refugiados.
- **Un ciclo Deming³ modificado de seis fases durante cuatro sesiones de formación:**
 - Primera fase *falta de atención* “desconocimiento”, en la que los profesionales sanitarios no eran conscientes de los factores de diversidad en la atención sanitaria
 - Segunda fase *sensibilización* “limitada”, en la cual estos profesionales se dan cuenta de la existencia factores asociados a la diversidad, pero no los aplican en la práctica clínica.
 - Tercera fase, incluye los pasos habituales del ciclo Deming. El “Plan” en este contexto significó prestar atención deliberadamente a la diversidad en la práctica clínica, el “Hacer” aplicó los conocimientos en esta práctica, el “Estudio o Comprobación” evaluó los resultados tras la aplicación de cuidados culturalmente diversos, y el “Actuar” apropia los cuidados de enfermería modificados basados en ese proceso.

Respecto a estrategias de educación en pregrado y posgrado para personal de salud que atienden en entornos remotos es importante (14):

- **Desarrollar competencias culturales para trabajar con culturas indígenas en áreas rurales y remotas:** los ejercicios de inmersión cultural provocan reflexiones sobre el privilegio, la comprensión cultural y las barreras a la atención de la salud para los miembros de la comunidad.
- **Inculcar responsabilidad social:** refleja el compromiso de algunas instituciones de capacitar una fuerza laboral con el deseo de trabajar en áreas desatendidas y con poblaciones desatendidas.
- **Desarrollar habilidades requeridas para la fuerza laboral en general:** las experiencias de inmersión les dieron a los estudiantes una idea de cómo vivir y trabajar en comunidades rurales remotas, les permitieron desarrollar relaciones comunitarias positivas y mejoraron su confianza y competencia clínica.
- **Desarrollar habilidades especializadas requeridas para una fuerza laboral remota:** brindar capacitación en atención materna, de diabetes y urgencias, a través de cursos cortos impartidos en línea o

³ Metodología de gestión que tiene como objetivo la mejora constante de los procesos.

presenciales en entornos regionales o rurales, y se utilizó una variedad de métodos de enseñanza, incluida la simulación.

- **Especialización a distancia o remota:** apoyo a los profesionales de la salud que trabajan en áreas remotas para mantener su capacitación y actualización.
- **Enseñanza remota:** requiere la formación de los capacitadores en los programas de educación diseñados para proporcionar al personal de salud las habilidades pedagógicas y didácticas necesarias en este contexto, y el diseño de materiales educativos pertinentes a las comunidades aborígenes donde se ubicaba a los estudiantes.

Alcance y entorno de la práctica

El desarrollo de capacidades para atender a las comunidades indígenas es una prioridad. Los miembros de estas comunidades prefieren permanecer en su territorio cuando acceden a los servicios de atención en salud (16). Para lograr esto es necesaria la educación, apoyo y capacitación, tanto para los proveedores de atención médica como para los cuidadores familiares (16). La articulación e integración de los procesos de atención en salud con los saberes propios comunitarios requiere de personal calificado para la atención culturalmente apropiada.

Las estrategias de formación y capacitación presentadas en la evidencia incluyen (12,16):

- Brindar intervenciones educativas a los cuidadores personal que brinda apoyo en el hogar o la comunidad para mitigar la ansiedad y cultivar prácticas de apoyo (16).
- Establecer una fuerza laboral indígena que comprenda trabajadores indígenas de la salud, trabajadores sociales, enfermeras, médicos, personal administrativo, gerentes y curanderos tradicionales, quienes son fundamentales en el proceso de atención, brindando una amplia oferta de servicios y dentro de algunos servicios modelo, realizar la mayor parte del trabajo clínico con los pacientes (12).
- Capacitación de trabajadores indígenas de la salud como un ejercicio de desarrollo de capacidades, incluyendo la atención médica especializada como la salud dental o materna.
- Reconocer la necesidad de construir y hacer crecer la fuerza laboral indígena del futuro mediante el establecimiento de estrategias a largo plazo para asesorar y reclutar estudiantes indígenas en carreras de salud, lo que lleva al personal indígena a capacitarse o estudiar más (12).

Calidad y confiabilidad en el servicio

Las estrategias reportadas en la evidencia para la mejora continua de la calidad en el servicio incluyen:

- Recopilar y utilizar datos para mejorar los desenlaces en salud y satisfacer las necesidades de cada comunidad mediante la evaluación de los programas, la participación en iniciativas de mejora de la calidad, la presentación de informes sobre el desempeño, la identificación de personas que requieren un servicio específico o visitas de seguimiento; y planificación, implementación e impacto del servicio (12).
- Establecer procesos de mejora de la calidad con enfoque en las condiciones crónicas, monitorear los programas de salud, la gestión y seguimiento de la atención (12).

Autoridad y rendición de cuentas de los pacientes sobre la prestación del servicio, el monitoreo y las decisiones políticas y organizacionales

Múltiples revisiones resaltan la importancia de la participación comunitaria. Las comunidades indígenas deben dar su consentimiento para participar y desde el diseño del programa se deben involucrar en el manejo y la toma de decisiones sobre el funcionamiento (12,21).

La revisión de alcance de Harfield y cols. (12), encontró que garantizar la participación y control de las comunidades locales sobre los servicios de salud indígena, permite integrar la cultura en los modelos de

prestación de servicios, asegura una atención culturalmente apropiada y aumenta la aceptabilidad de los servicios para las comunidades indígenas. Algunas características de estos servicios son:

- Garantizar la apropiación indígena de los servicios de salud permitiendo a las comunidades poseerlos y administrarlos, al mismo tiempo que puedan exigir una rendición de cuentas de su funcionamiento.
- Establecer una gobernanza indígena que incluya miembros de la comunidad local en las juntas de gobierno para fomentar la participación comunitaria.
- Facilitar la consulta, el compromiso y la colaboración de la comunidad para establecer una relación sólida con los prestadores de atención en salud y facilitar el intercambio de información, asegurando que los programas sean diseñados para tener en cuenta el contexto y las necesidades locales, con abordajes culturalmente apropiados, accesibles, atractivos y empoderadores.
- Respetar el papel y estatus de los Mayores de la comunidad y facilitar su implicación en el trabajo y gobernanza de los servicios.
- Adicionalmente facilitar la autodeterminación y el empoderamiento de las comunidades indígenas para establecer y administrar sus propios servicios de salud indígena, y proporcionar empleo y capacitación para promover el desarrollo de la fuerza laboral de salud indígena local y desarrollar esta capacidad de la comunidad.

Chando y cols. (31) describieron las perspectivas y experiencias de los participantes en los programas y comunidades en relación con la aplicación y el impacto de los programas de salud para indígenas, en la revisión se identificaron seis temas necesarios en el desarrollo de estos programas (31):

- Permitir el compromiso
- Recuperar el control de la salud
- Mejorar la salud social y la pertenencia
- Preservar la comunidad y la cultura
- Cultivar la esperanza de una vida mejor
- Las amenazas a la viabilidad del programa a largo plazo

Se valoraron las intervenciones que permitieron el compromiso al proporcionar facilidad de acceso a los servicios de salud, asegurando que los participantes se sintieran conocidos, valorados, seguros, confiados en los métodos del programa para abordar su condición de salud (31). Una vez comprometidos, los participantes recuperaron el control de su salud, experimentaron una mejor salud social y sentido de pertenencia. Además, sintieron que su participación contribuyó a preservar su cultura, comunidad y optimismo en el logro de los objetivos en salud mientras duraron los programas (31). Al verse amenazada la viabilidad de estos, se interrumpió el compromiso y disminuyó la confianza en los programas, con el debilitamiento consecuente de los resultados individuales y comunitarios significativos (31).

Características financieras

Se encontró poca información respecto a los cambios financieros requeridos para lograr la articulación de los procesos de atención en salud con los saberes propios de la comunidad. La revisión de alcance de Shrivastava y cols. (21) presentó enfoques para la integración de servicios de cuidado oral en programas de APS y encontró que muchos programas fueron apoyados financiera y administrativamente por gobiernos, organizaciones indígenas y universidades. También se han desarrollado modelos de financiación para facilitar el acceso a los servicios de salud bucal para estas comunidades, donde se destaca la importancia de la financiación continua para la sostenibilidad del programa. Unos incluyeron la provisión de servicios básicos de salud oral gratuitos a pacientes y apoyo administrativo para viajes y alojamiento en el caso de especialistas visitantes, algunos también proporcionaron servicios de transporte para personas elegibles para radiografías y medicamentos; y otros, además, brindaron servicios de transporte entre la escuela y la clínica dental para niños y padres (21).

Estrategias de implementación

Intervenciones enfocadas a tipos específicos de práctica, condiciones clínicas o según el entorno

Las estrategias de implementación reportadas en la evidencia para lograr la articulación e integración entre los procesos de atención y los saberes de la comunidad son (6):

- Una intervención para facilitar servicios de transporte favoreciendo el acceso a los programas de prevención de enfermedades cardiovasculares aumentó significativamente la identificación temprana de la enfermedad cerebrovascular (ECV) en pacientes de alto riesgo y mejoró la prescripción de medicamentos relacionados a los 6 meses .
- La implementación del modelo de gestión de Condiciones para el reconocimiento temprano de ECV con el uso de historias clínicas electrónicas (fácil acceso a los pacientes, evaluaciones de riesgo cardiovascular, vías de atención estructuradas y manuales de tratamiento estandarizados).
- Un programa en un centro de rehabilitación cardiopulmonar que consistía principalmente en ejercicio supervisado y sesiones de educación con enfoque holístico enfocadas a la nutrición, el ejercicio, dejar de fumar y manejo de medicamentos y se consideró exitoso. Este programa formaba parte de los servicios de salud administrados por aborígenes y se apoyaba en un TSC indígena manteniendo el contexto de seguridad cultural. El programa mostró mejoría en algunos desenlaces como pérdida de peso, circunferencia de la cintura, índice de masa corporal (IMC), distancia de la prueba de caminata de 6 minutos y de traslado incremental y el tiempo de la prueba *Timed Up and Go Test*, pero no fueron estadísticamente significativos probablemente relacionado con la pérdida de participantes. Se mencionó mejoría de la calidad de vida en los dominios del SF-36, pero no se dieron valores.
- El modelo de atención “trabajando juntos” utilizó el apoyo de un oficial aborigen en el hospital que realizó el contacto inicial con todos los pacientes y facilitó su reunión con la enfermera cardíaca. Esta asociación proporcionó educación sobre los beneficios y favoreció el acceso a la rehabilitación cardíaca, mejorando las remisiones en un 71% y las tasas de asistencia a la rehabilitación en un 62%. Las auditorías retrospectivas revelaron que el modelo mejoró las remisiones y las tasas de asistencia a la rehabilitación.
- Las intervenciones como el apoyo con mensajes de texto, el seguimiento telefónico por parte de un miembro de la comunidad para discutir y sortear posibles barreras, los navegadores de pacientes indígenas, los recursos de educación y promoción adaptados culturalmente como anuncios de televisión o recursos en DVD que presentan sobrevivientes de cáncer indígenas identificables; la educación cara a cara por parte del personal de salud indígena; brindar capacitación cultural para el personal, y aumentar el enfoque en la atención preventiva, fueron efectivas para aumentar la participación en programas de detección del cáncer colorrectal (CCR) mediante prueba de sangre oculta en heces (FOBT) en adultos indígenas en Australia y América del Norte (7).
- Incorporar el conocimiento indígena, informado por los propios miembros de la comunidad, permite un equilibrio productivo entre las ideas biomédicas e indígenas que informan la atención médica (10).

La estrategia de navegadores de pacientes indígenas (IPN, por sus siglas en inglés) son personas que asisten a otra persona o familia que se identifica como Indígena (20). Pueden ser profesionales o no profesionales y presentan entre los roles principales:

- **Navegación de servicios sociales:** apoyo de actividades que incluyen transporte, vivienda, asistencia financiera, organización de referencias y citas, adquisición de alimentos y organización del cuidado de los niños.
- **Apoyo holístico de los pueblos indígenas:** papel clave del apoyo integral a los pueblos indígenas: apoyo social, emocional y cultural.
- **Promoción y desarrollo de capacidades:** las actividades incluyen la comunicación con los pueblos indígenas (en forma de educación individual o grupal, identificación de recursos y recordatorios de citas) y la comunicación con los proveedores de atención médica (HCP).
- **Evaluación de la salud:** actividades que incluyen exámenes de salud, aplicaciones de barniz de flúor, seguimiento de resultados y prestación de psicoterapia.
- **Navegación administrativa:** ayuda en trámites como completar el papeleo para los programas, completar formularios de seguro y ayudar con asuntos de tierras, tales como derechos de tratado y autodeterminación.
- **Divulgación:** participar en la identificación y conexión de clientes con programas de navegación u otros servicios.
- **Capacitación de IPN y requisitos de funciones:** los requisitos educativos incluyen, la finalización de una educación certificada de asistente de enfermería, el bilingüismo en navajo e inglés; y la capacitación organizacional adicional en competencia cultural (20).

Una revisión de alcance de Peake y cols. (17) investigó los procesos para desarrollar recursos pertinentes de educación sobre la salud para adultos aborígenes e isleños del Estrecho de Torres (17) :

- **Relaciones de colaboración:** para implementar herramientas de información de salud efectivas, explorar y usar el conocimiento local y del contexto involucrando a la comunidad en el diseño, implementación y evaluación de la información de salud.
- **Apropiación de la comunidad:** la promoción de la salud desarrollada y entregada en conjunto con la familia y la comunidad son elementos centrales para el éxito de los proyectos y la implementación de iniciativas de salud, para promover mensajes de salud positivos y evitar centrarse en los comportamientos de salud negativos de la comunidad.
- **Evaluación:** la evaluación adecuada y eficaz del material y los programas de educación sanitaria de los aborígenes debe realizarse dentro de la comunidad con los Mayores y actores claves guiando el proceso de una manera culturalmente diferente y aceptable. Esto resulta en el empoderamiento de la comunidad, la promoción de un mayor sentido de responsabilidad por su propia salud y los recursos de salud.
- **Sensibilidad cultural:** las comunidades deben tener control sobre su salud, lo que requiere información culturalmente apropiada y persistente. La evidencia destaca el uso de la palabra escrita y las imágenes para relacionarse con la cultura y la comunidad locales mejoran la entrega de información, así como lo hacen la participación cara a cara y la explicación verbal de un tema o recurso de salud que también es efectivo para una promoción de la salud efectiva, promoviendo la necesidad de usar mensajes de salud positivos y evitar mensajes estereotipados negativos.
- **Alfabetización en salud:** si el material es culturalmente apropiado, las personas no necesitan tener un alto nivel de alfabetización para acceder a él. Por lo tanto, la capacidad a largo plazo para desarrollar la capacidad y la sostenibilidad de los recursos de salud de los aborígenes e isleños del Estrecho de Torres depende de la participación y propiedad de la comunidad.

Intervenciones enfocadas en las organizaciones

La propuesta de una institución prestadora de servicios de salud (IPS) indígena (29) de un plan de gestión para la implementación de la telemedicina en la población Indígena Zenú adulta para disminuir los indicadores de mortalidad total en Tuchin-Córdoba en Manexka planteó que, implementar un programa de telemedicina puede aumentar el acceso a la valoración en salud oportuna, llegando a zonas por fuera del resguardo indígena, anotando que el mayor número de pacientes atendidos por las instituciones prestadoras de salud, IPS se encuentran en zonas rurales y rurales dispersas.

Entre las recomendaciones de implementación incluyen:

- Apoyo de una gran infraestructura tecnológica y una adecuada cobertura y conectividad, el funcionamiento constante, la red de conexión, hardware y software con salida a internet en los kioscos digitales, las escuelas y las instalaciones de la alcaldía del municipio.
- Tener en cuenta los resultados de las condiciones sociodemográficas, perfiles epidemiológicos, así como las principales causas de mortalidad en la población Zenú del municipio de Tuchín, Córdoba.
- Solicitar un plan actualizado de infraestructura de redes y comunicaciones instaladas en el municipio de Tuchín, así como aquellas de conexión inalámbrica habilitadas por el gobierno nacional con programas de conectividad impulsados por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones de Colombia.
- Reevaluar las condiciones actuales de los cinco puntos estratégicos en la zona rural donde se pretenden habilitar las conexiones para el programa de telemedicina en las comunidades de Tolima, Flecha, Barbacoas, Vidales y Molina.
- Realizar estudios adicionales que permitan conocer el grado de utilización de dispositivos móviles con conectividad a internet por parte de la población indígena Zenú.

En EE. UU. los servicios de salud indígena han desarrollado clínicas dentales basadas en hospitales y centros de atención médica ambulatorios. El proyecto *Sioux Lookout* desarrolló clínicas dentales básicas en una estación de enfermería y centros satélites. El uso de tecnología permite compartir datos electrónicos que facilitan acceso a la información del paciente, seguimientos, remisiones, acceso, costo, productividad y calidad del aseguramiento (21).

Tabla 2. Modelos, políticas y ejemplos presentados en la evidencia de integración y articulación de atención en salud y saberes propios de la comunidad

Ejemplo	Objetivos o líneas estratégicas	Estrategias/ Acciones
<p>Modelo para la atención intercultural a la salud de los pueblos indígenas y afromexicanos (32)</p>	<p>Acceso a servicios oportunos y eficientes de salud, con calidad técnica, humana e intercultural.</p>	<p>Se plantean redes funcionales de flujo real de pacientes en los servicios de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metodología: responde a las dificultades y barreras existentes en los procesos de articulación de los servicios como un sistema integrado, tomando en cuenta los sistemas de referencia y contrarreferencia, comunicación telefónica y radial, transportación segura y pertinente, y los sistemas administrativos y de apoyo. • Definición de la red funcional de flujo real: se construyó en una reunión con los actores interesados de la red, donde se tratan los siguientes temas: <ol style="list-style-type: none"> 1) Caracterización de la Red; 2) Integración de acciones por unidad y red; y 3) Diagnóstico de las fortalezas y debilidades de cada red.

	<p>Trato con dignidad</p>	<p>Se propone un enfoque intercultural para los usuarios considerando la enfermedad, la concepción que tienen de ella y cierta preferencia por formas propias de tratamiento. Esto requiere asegurar la traducción a las lenguas indígenas por intérpretes traductores capacitados en temas de salud, al interior de los hospitales, en todos los turnos.</p> <p>Es importante "escuchar e identificar la forma en que, desde su cosmovisión y cultura, espera que se realice la atención médica, su concepto de la calidad de dicha atención." Para esto se construyeron una serie de indicadores que permiten conocer sus percepciones respecto a la atención que les prestan. 1) Respeto a la libre expresión con respecto a prácticas y creencias, 2) Satisfacción con la exploración física recibida, 3) Satisfacción con el tiempo de atención, 4) Uso de la lengua indígena en la unidad de salud; 5) Satisfacción de las usuarias por un trato que permita la toma libre e informada de decisiones sobre su salud y su cuerpo y 6) Existencia de condiciones de acceso a la unidad de salud.</p>
	<p>Identificar y visibilizar la presencia de la población indígena y afroamericana en los diferentes ámbitos de salud considerados en la sociedad</p>	<p>Realizar reuniones periódicas generales y sobre temas particulares, donde cada institución exprese las actividades que realiza enfocadas a los pueblos indígenas, el presupuesto que tiene para ello, sus problemáticas, resultados y requerimientos de otras áreas para mejorar su impacto, estableciendo acuerdos de colaboración.</p>
	<p>Empoderamiento</p>	<p>En este modelo la institución proporciona información para que la comunidad indígena pueda entenderla y utilizarla a su provecho. Posteriormente, la comunidad amplía su visión de la problemática en salud, prioriza, toma decisiones y diseña un plan de acción que se presenta a la institución para que esta defina acciones concretas. Por último, la institución retroalimenta y amplía su visión de la problemática y se compromete a definir acciones específicas para tratarla</p>
<p>Política Andina de Salud Intercultural del Organismo Andino de Salud (28)</p>	<p>Fortalecimiento de competencias del recurso humano con enfoque intercultural</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar propuestas de contenidos para sensibilizar y capacitar a tomadores de decisiones en gestión de la interculturalidad. ▪ Elaborar e implementar programas de capacitación continua para el personal de salud que trabaja con población indígena. ▪ Intercambiar experiencias entre los países andinos. ▪ Realizar abogacía continúa con autoridades de las universidades que forman al recurso humano en salud para la incorporación del enfoque intercultural en los currículos.
	<p>Reconocimiento, protección y fortalecimiento de la medicina tradicional</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseñar una plataforma virtual con los documentos nacionales y de los países andinos sobre el reconocimiento de la medicina tradicional y ancestral y sus resultados ▪ Generar espacios y encuentros para el intercambio de conocimientos, saberes y prácticas entre pueblos indígenas y su medicina tradicional y ancestral y la medicina occidental. ▪ Propiciar acciones intersectoriales que promuevan el reconocimiento y la protección de los saberes de la medicina tradicional y ancestral en los pueblos indígenas.
	<p>Desarrollar mecanismos que permitan la articulación de la medicina occidental con la tradicional y ancestral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar políticas, programas y planes que incluya población indígena, afrodescendiente y otros en el marco del Política Andina de Salud Intercultural ▪ Elaborar protocolos de no discriminación y atención basada en el reconocimiento y respeto a la población indígena. ▪ Realizar proyectos piloto que permitan articular las actividades entre profesionales de salud y médicos tradicionales, parteras entre otros, en las redes de salud. ▪ Realizar proyectos piloto sobre la atención y adecuación sociocultural. ▪ Generar estrategias para la implementación de servicios de salud con pertinencia cultural para población indígena en todas las IPS.

	Fortalecer los sistemas de información	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incorporar o fortalecer la variable “etnia y pueblos originarios” que incorpore a los pueblos indígenas, en los sistemas de información y estadísticos de los ministerios de salud. ▪ Seguir el proceso de implementación y monitoreo del cumplimiento de la aplicación de esta variable en los sistemas de salud y estadísticos. ▪ Garantizar el uso de la información en la formulación de políticas, planes, programas y proyectos. ▪ Definir indicadores para identificar los determinantes sociales de la salud, la organización y gestión de los servicios de salud, la situación de salud y el perfil epidemiológico sociocultural de estos pueblos.
	Medidas para estimular la investigación relativa a la salud y perfil epidemiológico de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actualizar el Análisis de Situación de Salud (ASIS) de las poblaciones indígenas. ▪ Realizar investigación sobre la percepción de la salud. ▪ Elaborar y socializar un protocolo para el cumplimiento de las normas y principios éticos para investigaciones en el sector salud en poblaciones indígenas.
	Transversalización del enfoque intercultural en el marco de la determinación social de la salud y de los programas de salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluar y sistematizar a nivel regional el estado del arte del enfoque intercultural en los países andinos, en programas claves. ▪ Elaborar y aplicar una propuesta para la transversalización del enfoque intercultural en las áreas y programas de los ministerios de salud de los países andinos. ▪ Dar seguimiento a la incorporación del enfoque intercultural en los planes de trabajo de los Comités Andinos del ORAS-CONHU.
	Establecer alianzas o acuerdos de cooperación que contribuyan con la implementación.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer alianzas y acuerdos de cooperación con instituciones nacionales e internacionales, regionales y subregionales, que contribuyan con su implementación.
	Medidas para la participación directa de los pueblos indígenas en la planificación, toma de decisiones, ejecución y evaluación de la salud intercultural.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar mecanismos que propicien la participación de los pueblos indígenas en la toma de decisiones relacionadas a la salud. ▪ Elaborar y ejecutar propuestas para fortalecer la participación social organizada de los pueblos indígenas en la definición de políticas, estrategias y acciones en salud.
<p>Cambio institucional para el modelo piloto intercultural de atención y prestación de servicios de salud para la población indígena del departamento del Amazonas, Colombia: una propuesta a partir de la sistematización de la experiencia. (23)</p>	<p>Prueba piloto de cambio institucional en el modelo intercultural de atención y prestación de servicios de salud con la inclusión de referentes normativos, organizacionales y de coordinación, atendiendo a las diversidades culturales del territorio y planes territoriales de salud del gobierno.</p>	<p>Proceso operativo de diseño del modelo intercultural:</p> <p>Fase 1: Contratación de profesionales (originarios del territorio) en antropología y ciencias políticas que desarrollaron una investigación de campo para comprender las necesidades reales de los territorios indígenas en materia de salud, a través de métodos de consulta previa, concertación entre los actores indígenas consolidando unos principios, acciones y resultados producto de la interacción con las comunidades indígenas.</p> <p>Fase 2: Se tomó una decisión política al interior de la Gobernación de consolidar el diseño e implementación del modelo intercultural y así se dio comienzo al proceso de socialización y consenso con los demás actores responsables.</p> <p>Fase 3: negociación y construcción de la propuesta de manera conjunta entre los demás actores responsables de la salud de los pueblos indígenas.</p> <p>Fase 4: formación y adopción del arreglo institucional de manera que se construyeron las estrategias de atención y prestación de servicios interculturales, en el esquema de operación se definió la estructura organizativa en la que la coordinación y orientación de la experiencia estuvo a cargo de la secretaría de salud departamental mediante la Gestión Integral de Servicios Públicos, GISP, quien acordó con cada territorio fechas para el ingreso bajo principios y acciones que fueron concertados previamente. El Hospital en coordinación con las EPS construyeron planes de acción con asignación de recursos financieros y humanos acordados con cada territorio indígena para los ingresos a campo y asegurar la atención diferencial. En esta etapa se realizaron una serie de mesas de trabajo para delimitar los campos de intervención de cada entidad, las reglas, principios y acciones.</p>

<p>Camino intercultural para el cuidado de la mujer dadora de vida, en la IPS-I hospital Mamá Domingo – Guambia – Cauca, diciembre 2021-febrero 2022 (24)</p>	<p>Se basa en un programa para el pueblo indígena Misak para un manejo integral, seguimiento y vigilancia eficaz que inicie desde la captación temprana las mujeres con intención reproductiva a corto plazo, gestantes, en parto y posparto, red de cuidado y el recién nacido hasta los siete días de su nacimiento.</p>	<p>Las intervenciones incluyen actividades de medicina occidental y tradicional.</p> <p>1. Intervenciones individuales:</p> <p>1.1 Preparación de la tierra (atención preconcepcional): se realiza evaluación del riesgo preconcepcional, indicaciones de método tradicional cultural para la concepción, asesoría y provisión de un método anticonceptivo. El personal en esta atención está compuesto por médico, enfermera y partera. La duración de la atención es consulta inicial: 30 minutos, control seguimiento: 20 minutos, consulta partera: 30 minutos.</p> <p>1.2 Armonización de la semillera (control prenatal): Se realiza la consulta prenatal, plan de parto y se tienen en cuenta los instrumentos, insumos y dispositivos. En la parte tradicional, se realiza primera consulta con partera a los 4 meses de embarazo, procedimientos naturales con plantas y masajes, controles prenatales culturales con partera y médico tradicional. Se espera que las pacientes tengan mínimo 7 controles.</p> <p>1.3 Limpieza y armonización de madre y padre (curso de preparación para la maternidad y la paternidad): pretende desarrollar capacidades para el cuidado de la salud durante la gestación, el parto y puerperio. Se hace con un equipo interdisciplinario liderado por enfermería e idealmente compuesto por psicología, nutrición, terapia física, medicina general y especializada (ginecología y pediatría) con el apoyo de un psicopedagogo, partera y médico tradicional.</p> <p>1.4 Limpia de boca (consulta odontología): realizado por un odontólogo con apoyo de partera o medicina tradicional.</p> <p>1.5 Calentando el cuerpo (consulta de nutrición): consulta con nutricionista acompañado de partero o médico tradicional.</p> <p>1.6 Recibimiento de la semilla (atención del parto): se realiza admisión de la gestante, atención del primer período del parto, del expulsivo y el alumbramiento. En la parte tradicional, se realiza un ritual de siembra de placenta y se evalúa el sentir de la partera. Atención del parto de bajo riesgo: profesional en medicina, profesional en enfermería, auxiliares de enfermería y partera.</p> <p>1.7 Limpieza del cuerpo (atención del puerperio): acompañamiento y procedimientos culturales por la partera y fomentar la alimentación caliente y baños. En la medicina occidental, se vigila hemorragias y signos vitales.</p> <p>1.8 Desarmonía del vientre (atención de emergencias obstétricas): el médico general estabiliza la paciente y remite prioritariamente a una institución complementaria con capacidad resolutive, en donde sea valorada por un equipo multidisciplinario de Ginecología - Medicina Materno Fetal, Anestesiología, Cuidados Intensivos y los demás perfiles que sean necesarios. En estos casos, la partera asegura un acompañamiento a la gestante con su red de apoyo.</p> <p>1.9 Armonización del Numisak (atención del recién nacido): enfoque antenatal de riesgo, atención del recién nacido en sala de partos, cuidados durante las primeras cuatro horas, cuidados mediatos del recién nacido, decisión del egreso hospitalario, entrega de recomendaciones previas y egreso hospitalario, procesos culturales con el recién nacido por la partera y orientación a la gestante y su red de apoyo, sobre los cuidados del recién nacido (Alimentación, vestimenta y baños culturales).</p> <p>1.10 Desarmonía del Numisak (atención de las complicaciones perinatales y posnatales del recién nacido): atención diferencial según la presencia de riesgos o complicaciones establecidas y la atención de las complicaciones del recién nacido se debe realizar por profesionales de pediatría o neonatología.</p> <p>1.11 Limpieza de la semilla (control del recién nacido): control ambulatorio del recién nacido por la partera y el médico tradicional, visitas domiciliarias periódicas por parte de la partera y el médico tradicional, armonización del Numisak con plantas medicinales.</p>
<p>Centro de salud mapuche kvme felen y la implementación de los modelos de salud con enfoque intercultural (25)</p>	<p>Experiencia del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígena (PESPI)</p>	<p>2. Intervenciones colectivas</p> <p>2.1 Entorno hogar: información en salud, comunicación para la salud y canalización.</p> <p>2.2 Entorno comunitario: conformación y fortalecimiento de las redes sociales y comunitarias.</p> <p>2.3 Entorno laboral: información en salud, comunicación para la salud y canalización.</p> <p>1. Económico: la tensión en la implementación se ve reflejada en la lógica del financiamiento y la distribución de los recursos, sin considerar las relaciones comunitarias y los espacios ceremoniales y rituales, independientes de los Centros de Salud y su infraestructura pública. El Servicio de Salud no considera la atención médica fuera de las dependencias institucionales, dejando sin financiamiento la concepción de la "Casa de Salud". Por lo mismo, la remuneración salarial, no se reconoce como un servicio de atención de pacientes y los recursos se adaptan para legitimar el financiamiento de la atención médica complementaria.</p> <p>2. Político: las tensiones políticas surgen de las económicas. La complementariedad médica y la propuesta indígena de atención médica tradicional, es cuestionada por los entes</p>

	<p>gubernamentales, impactando en el presupuesto asignado para la implementación de la política intercultural en salud.</p> <p>3. Cultural: el médico y la machi, como autoridades en sus respectivos territorios, traen consigo una carga cultural que tensiona esta relación, aceptando o negando las posibilidades de la complementariedad médica, en un espacio institucionalizado como el centro de salud o el hospital.</p> <p>4. Institucional: reflejada en el reconocimiento institucional que limita la implementación del conocimiento médico tradicional, con respecto a los protocolos sanitarios. Desde la institucionalidad, se rigen los sistemas médicos adaptando sus pautas a los protocolos establecidos desde el servicio de salud. La rigurosidad del sistema no permite instalar nuevos entendimientos y, en consecuencia, nuevas formas de entender la enfermedad y sus tratamientos. La implementación del programa permite que los profesionales cursen talleres y realicen actividades de formación en interculturalidad en salud, mejorando su nivel en el servicio público e incrementando sus salarios.</p>
--	---

Integración y articulación entre procesos de atención en salud con la salud pública en las comunidades indígenas o rurales

Un total de dieciocho documentos abordaron la integración y articulación entre los procesos de atención en salud con la salud pública en las comunidades indígenas o rurales (6,12,21,26,29,33–45). Diez fueron revisiones sistemáticas (6,33,34,36,38–40,43–45), cinco revisiones de alcance (12,21,37,41,42), una revisión integrativa (35) y dos trabajos de grado obtenidos de la búsqueda en la literatura gris (26,29). La calidad de la evidencia fue calificada como alta (12,21) para dos y moderada (41,42) para dos revisiones de alcance, baja para dos revisiones sistemáticas (6,34,36) y críticamente baja para siete revisiones sistemáticas (38–40,43–45,33) y para una de alcance (37). A los documentos restantes solo se les extrajo la información de interés (26,29,35).

Características de la prestación del servicio

Cómo, cuándo y quién provee la atención

Disponibilidad del servicio, acceso oportuno, continuidad y el cuidado culturalmente apropiado

Estos temas son abordados específicamente por ocho documentos (12,21,33,34,38,42,43,45). La información enfatiza la importancia de considerar, además de las brechas geográficas para la prestación de los servicios de salud (incluyendo lo relacionado con la salud pública), los factores socioculturales y la forma de vida de una comunidad específica. Describen la necesidad de incorporar los conocimientos y prácticas tradicionales, valores culturales, costumbres y creencias; de reconocer la relación de la comunidad con la naturaleza en las políticas de salud pública, la promoción y la prevención de la salud para favorecer la aceptación y acceso a los programas y servicios (12,21,33,34,38,42,43,45).

En este proceso es fundamental fortalecer el trabajo de los profesionales en salud y la articulación desde la perspectiva biomédica con terapias alternativas, tradicionales, integradoras y complementarias, garantizando una atención en salud en el marco de la interculturalidad y con enfoque diferencial, incluyendo el cuidado culturalmente apropiado y la seguridad cultural (12,21,33,34,42,43,45).

La revisión de 2018 realizada por Harfield y cols. (12), identificó a la cultura como la característica más destacada de los sistemas y modelos de atención en salud indígenas porque sustenta la atención en salud holística del individuo, su familia y comunidad, incluyendo las necesidades mentales, emocionales y espirituales, junto con el bienestar físico (12). Estas características también son mencionadas por Palmer y cols. (43) dentro del modelo de atención para la comunidad Maorí (43), y por Fraser y cols. (45). La atención holística involucra desde servicios de prevención y promoción de la salud hasta la atención de enfermedades crónicas, salud materno infantil, bucal, auditiva, sexual, mental y social, tratamiento del consumo de alcohol y otras drogas, servicios farmacéuticos, cuidado de anciano y servicios para personas en condición de discapacidad (12,43).

Coinciden también en la importancia de:

- Promover la accesibilidad y comunicación adecuada a las comunidades sobre la existencia de la atención brindada por los servicios móviles y de extensión, realizando y participando en eventos comunitarios y realizando días de detección, alentando a los pacientes a compartir sus experiencias positivas y promover el uso de los servicios a otras personas de la comunidad (12).
- Mejorar los procesos de alfabetización en salud, particularmente en relación con las primeras señales de advertencia de suicidio, aumentar la conciencia sobre el VIH-SIDA, proporcionar información sobre los daños que provienen del alcohol, el tabaco y otras drogas, comprender el etiquetado de los alimentos y garantizar que las personas puedan detectar a tiempo cualquier problema de salud con señales de advertencia y educando en la comprensión de cuándo buscar asesoramiento médico (12).
- Proporcionar asesoramiento en relación con iniciativas de salud pública que no estén dentro del alcance normal de la APS, incluida la construcción y mantenimiento de sistemas de saneamiento, vigilancia de enfermedades, salud ambiental, distribución de alimentos y transporte (12).

Habilidades de los proveedores (equipos de trabajo, expansión o extensión del rol de los profesionales)

La mayoría de modelos evaluados en comunidades indígenas de diferentes países enfatizan en la necesidad de que los profesionales de salud adquieran conocimientos pertinentes para llevar a cabo la atención y transmisión de la información dentro de una adecuada competencia cultural, con mayor conciencia de los determinantes de la salud y provisión de marcos y estrategias de competencia cultural, disminuyendo el sesgo del médico hacia los saberes comunitarios (12,43,45).

Los modelos han incluido a los trabajadores comunitarios de salud (TSC), las enfermeras parteras auxiliares y los activistas acreditados de salud social, fundamentales para la prestación de servicios de salud básicos a la población vulnerable, porque establecen un puente entre la comunidad y los prestadores de servicios de salud (35,40). Además pueden realizar diferentes acciones a nivel de APS, abarcando áreas de nutrición, salud sexual y reproductiva, y actividades asociadas con planeación y promoción de la salud, y reportes en salud pública (35).

La revisión de Yashadhana (40) también coincide en la importancia del personal de apoyo no clínico (incluyendo coordinadores de salud ocular, trabajadores indígenas de salud, médicos de atención primaria, familiares, cuidadores y trabajadores comunitarios) en la salud oftalmológica dentro de las comunidades indígenas. Su presencia se asocia con una mayor asistencia de los pacientes a los servicios, tasas más altas de exámenes visuales y cirugía de cataratas, mayor conocimiento de la salud ocular y capacidad de respuesta cultural (40).

Tres estudios incluidos en la revisión de Mikhail (37) destacan la inclusión de las parteras o comadronas en la comunidad indígena canadiense Inuit como una intervención de salud reproductiva que ha mejorado los desenlaces de las maternas, con el objetivo paralelo de reintroducir la partería para recuperar la importancia de las tradiciones del parto, sin perder la seguridad de la atención obstétrica moderna. La revisión de Shrivastava (21), menciona también que cuando se integran la APS con la atención en salud oral, los TSC educan y acompañan a los pacientes y sus familias.

Dónde se presta la atención

Integración de servicios, oportunidad y continuidad del cuidado

Los modelos de servicio innovadores y coherentes con los aspectos culturales de las comunidades se proponen con una mirada flexible sobre su administración y funcionamiento (39). Incluyen la telemedicina para facilitar la atención en salud, el acceso a los programas de promoción y prevención, la APS o la salud de mayor complejidad (29,39,41).

Las estrategias de telemedicina son una alternativa para valorar problemas de salud en enfermedades audiológicas u otológicas, falla cardíaca, diabetes, enfermedad inflamatoria intestinal, atención pediátrica de diarrea y neumonía, problemas oculares (46). Apoyan al diagnóstico, tratamiento y seguimiento, permiten desarrollar programas de promoción y prevención en salud por medio de un equipo interdisciplinario en el que participa la familia y el paciente y los equipos de salud (33). La efectividad y sostenibilidad de los modelos de telemedicina dependen de una definición clara del propósito del servicio, el empoderamiento por parte de los profesionales de la salud y la comunidad, la adaptabilidad según necesidades del usuario, y la disponibilidad de equipos y red (33,41).

La adaptación para ofrecer una atención culturalmente competente con teleasistencia, debe tener en cuenta estas cuatro categorías (41):

- 1. Competencias culturales y enfoques asistenciales:** brinda a los pacientes diferentes opciones de atención profesional y comunicación (idioma autóctono, la atención en persona o telemedicina, o intérpretes). Se basa en directrices multiculturales sobre la identidad y la autodefinición, enfoques basados en la fortaleza del individuo y la comunidad, dirigidas a la prevención, intervención temprana y recuperación.
- 2. Directrices para las organizaciones y profesionales sobre la atención relacionada con la telemedicina**
- 3. Competencias para la atención en salud telepsiquiátrica** o teleconductual con inclusión de los componentes culturales
- 4. Enfoques para integrar las competencias en salud, cultural y teleconductual.**

Otras revisiones (12, 33, 21) coinciden en que la APS debe permitir la integración y cooperación entre todos los servicios de apoyo, brindando una atención holística a través de una visión social de la salud (12); debe mejorar la capacitación en servicios de salud a los TSC, por ser ellos quienes responden en primera instancia a las necesidades de salud de la comunidad (33). Y en el caso de servicios dentales integrales es necesario el trabajo en equipo entre los proveedores de atención dental el personal clínico. y no clínico (como profesores y administradores en las escuelas) (21).

Condiciones físicas y equipamiento de los sitios de atención

Dadas las condiciones de las regiones rurales y apartadas es necesario que se proveer condiciones clave para permitir la atención. Los servicios telemedicina requieren equipos, dispositivos móviles y una red adecuada para la transmisión de la información, para servicios como teleradiología o teleoftalmología (29,39,41). Así mismo, en el caso de incorporar la APS con la salud bucal es necesario que se desarrollen equipos primarios para la atención bucal que permitan hacer una valoración inicial dentro de esta integración (21).

Características de la gobernanza

Autoridad y rendición de cuentas para las autoridades políticas en salud

La revisión de Harfield y cols. (12) incluye en la mejora continua de la calidad de los servicios, la necesidad de recopilar y usar los datos para planear e implementar los servicios y evaluarlos con base en las necesidades y demandas de la comunidad, no solo con los desenlaces en salud. La revisión sistemática de Palmer y cols. (43) encontró que las estrategias para superar limitaciones a nivel del paciente, sistema de salud y sitio de atención deben enfocarse en la reducción de los efectos de la estratificación socioeconómica y política, incluyendo políticas socioeconómicas específicas y programas preventivos de salud.

Autoridad y rendición de cuentas para las organizaciones

Harfield y cols. (12) también indican que es necesario conocer las demandas específicas, hacer seguimiento y mediciones con base en indicadores construidos con la comunidad, evaluar los servicios para medir el impacto

socioeconómico, el aumento del uso con relación a la línea demográfica de base, y para diseñar planes de atención de enfermedades crónicas (12).

La revisión sistemática de Mbuzy y cols. (6) encontró que los pocos programas eficaces de salud cardiovascular diseñados específicamente compartían como características comunes: la integración de los programas dentro de los servicios existentes, la provisión de modelos de entrega culturalmente apropiados con un papel central para los TSC indígenas y los procesos de apoyo para las comunidades, incluido el transporte. Los investigadores concluyeron que los programas de rehabilitación para indígenas fueron más efectivos cuando se planearon como parte de un servicio ya establecido (6).

La revisión de alcance de Shrivastava y col. (21) sobre integración de la salud oral con la APS, encontró que para permitir una mayor accesibilidad a estos servicios las organizaciones incorporaron programas preventivos de salud bucodental con otros los programas de salud pública como programas de nutrición comunitaria, bienestar del bebé, salud materno infantil, inicio saludable o el de enfermedades crónicas (21).

Autoridad y rendición de cuentas para profesionales de la salud

Diversos estudios se han enfocado en la importancia de emplear personal sanitario y no sanitario culturalmente calificado para satisfacer las necesidades de la comunidad (12,21,40,43) y sugieren aumentar la capacidad de fuerza laboral con recursos para la competencia cultural para mejorar capacidad de respuesta de los médicos a los usuarios de la comunidad con una práctica clínica reflexiva (43).

Se han desarrollado intervenciones para garantizar el reclutamiento de talento humano o el apoyo con agentes o TSC, monitoreados desde las ciudades por profesionales (33). Thewes y cols. (44) describen intervenciones diseñadas para profesionales de la salud indígena que incluyeron un programa educativo y programas de desarrollo de la fuerza laboral para trabajadores de la salud en Nueva Zelanda (44). Otros documentos coinciden en la importancia de las estrategias de capacitación a ayudantes y mentores para el apoyo en el manejo de enfermedades mentales, programas de promoción y prevención, salud reproductiva, oral, ocular entre otros (21,40,41).

Autoridad y rendición de cuentas de los pacientes sobre la prestación del servicio, el monitoreo y las decisiones políticas y organizacionales

La APS y los programas salud pública requieren modelos de atención culturalmente incluyentes con apropiación por parte de la comunidad de lo relacionado a su salud y bienestar (33,34). Es necesaria la gobernanza comunitaria en la aceptación y sostenimiento de las recomendaciones en salud que provienen desde la parte médica (33). Se ha propuesto que las familias y comunidades participen en la instauración de estos modelos holísticos de atención para ejercer gobernanza, utilizando como puente los agentes y TSC que participen en el diseño e implementación de los programas o modelos para mejorar la salud de la población (33,34). Palmer y cols. (43) han concluido que estas acciones reducen las consecuencias desiguales de la enfermedad en términos sociales, económicos y de salud (43).

Características financieras

Financiación de los programas

Palmer y cols. (43) plantean la necesidad de alinear las estrategias con aumentos en la financiación de los servicios de salud. Otros autores identifican la falta de financiación sostenible para los programas es una barrera determinante (40). En los programas que integran la salud oral con la APS, las organizaciones incorporaron programas preventivos de salud bucodental en la administración y la financiación en los programas de salud pública (21).

Incentivos financieros dirigidos a las organizaciones y profesionales de salud

La evidencia describe que la implementación de servicios de telemedicina requiere la inversión organizacional inicial para favorecer la adecuada infraestructura (29,41). Esto puede requerir una reestructuración del capital inicial y hacer asociaciones con otras instituciones (29,41), considerando que a mediano y largo plazo, los beneficios de la telemedicina incluyen ahorro en tiempo y costos con resultados clínicos comparables a los servicios presenciales (33). Los TSC aparecen como una alternativa menos costosa en comparación con otros grupos de trabajadores de la salud, principalmente en lo referente a incentivos o salarios y costos de formación (35). Sin embargo, los estudios consideran que se deben proporcionar o mejorar los incentivos para las figuras de trabajadores comunitarios en salud (35).

Estrategias de implementación

Intervenciones enfocadas a tipos específicos de práctica, condiciones clínicas o según el entorno

1) Programas de promoción y prevención culturalmente apropiado

Se reportaron programas de prevención culturalmente pertinentes en cinco documentos (6,12,34,38,42). Los programas e intervenciones desarrollados con este enfoque son diversos y dirigidos a la promoción de salud y prevención de diferentes enfermedades o complicaciones, e integran las metodologías con los valores, creencias y cosmovisiones de las comunidades indígenas de diferentes regiones (6,38). Otra característica identificada en los programas eficaces dirigidos a los indígenas australianos, es la inclusión de estos programas dentro de los servicios existentes (6).

Algunas revisiones han propuesto tres tipos de adaptaciones culturales:

1. Adaptación superficial, que implica el uso de modismos, simbología, lenguaje y fraseología utilizados por el grupo destinatario;
2. Adaptaciones profundas, que incorporan elementos que expresan la cultura, historia, costumbres, entorno físico y espiritualidad de la población destinataria, y
3. Adaptación probatoria, que utiliza información empírica de la población destinataria (42).

En algunas estrategias reportadas, los investigadores emplearon adaptaciones profundas de los currículos basados en evidencia y utilizaron grupos focales para dar a conocer entre los profesionales de la salud el contexto y contenido cultural en las intervenciones (38). Las estrategias de implementación incluyen la validación cultural, la utilidad y flexibilización del plan de estudios para diversos entornos educativos, evaluada por las partes interesadas en el plan de estudios (38).

Dos revisiones (6,38) que evaluaron intervenciones para la prevención de enfermedades cardiovasculares encontraron que las intervenciones dirigidas a la salud cardiovascular indígena y los factores de riesgo relacionados pueden ser efectivas en todas las etapas de evolución de la enfermedad (6,38). Un ejemplo es el programa *Ola Hou i ka* que describió los componentes sociales, educativos y culturales e integró la danza tradicional nativa como componente de la actividad física de un programa para la prevención de la hipertensión (38).

En Australia, se implementaron diferentes intervenciones (6):

- Facilitar servicios de transporte para mejorar el acceso a los programas de prevención de enfermedades cardiovasculares aumentó el control de los factores de riesgo a 10 años. Se encontró un alto nivel de compromiso de los participantes indígenas principalmente en la planificación de cuidados (98%) y farmacoterapia (89%).

- El modelo de gestión de condiciones basado en el reconocimiento temprano de ECV mediante la introducción de una historia clínica electrónica duplicó la cobertura de la evaluación del riesgo cardiovascular en la población indígena.
- El programa del centro de rehabilitación cardiopulmonar que consistía principalmente en ejercicio supervisado y sesiones de educación con enfoque holístico permitió que las recomendaciones de familiares y amigos unieran nuevos participantes al programa y se les facilitó el acceso a través de la prestación de servicios de transporte con mejoría de la calidad de vida medida en el SF-36, aunque sin valores específicos.
- El modelo de atención “trabajando juntos” mostró como el apoyo de un oficial aborigen en el hospital como contacto inicial mejoró las remisiones en un 71% y las tasas de asistencia a la rehabilitación en un 62%. Un proyecto similar empleó oportunidades de aprendizaje visual y experiencial por 8 semanas, incluyendo educación y ejercicio a través de la lana para identificar y abordar cuestiones como la adherencia a la medicación, la revisión de factores de riesgo y el manejo del dolor torácico, con disminución significativa del IMC, el perímetro abdominal y la presión arterial, aunque con resultados difíciles de evaluar por la pérdida de participantes.

Dos revisiones (38,42) mencionaron programas enfocados en la prevención del consumo de sustancias (alcohol y drogas) en jóvenes indígenas y describieron dos estrategias: la traducción del contenido presentado a los jóvenes a la lengua autóctona *Isga* con posterior re-traducción al inglés, y la integración a los currículos escolares de los conocimientos y prácticas indígenas, como las ceremonias, oraciones, narraciones, teorías circulares, experiencias vividas y actividades culturales (42).

La revisión de McLean y cols. (38) describe los programas enfocados en la parte de salud reproductiva, ETS y embarazo, incluye el proyecto de “poder femenino” basado en una adaptación cultural profunda, e implementado por fases, así: 1) selección de una intervención basada en la evidencia científica, 2) desarrollo de una guía adaptada en colaboración con las partes interesadas de la comunidad basada de esta intervención, y 3) creación de grupos focales con niñas de las comunidades para informar este contenido adaptado (38).

La revisión de Strobel (34) evaluó procesos educación centrados en la familia (folletos o boletines informativos) comparados con la atención habitual en comunidades indígenas y encontró que esta intervención puede mejorar la salud y el bienestar general de los niños indígenas y sus familias de forma significativa. La calidad de la evidencia es “muy incierta” y no se encontró evidencia suficiente para determinar si mejoraron desenlaces específicos en salud como la salud mental o física y dos estudios reportaron que no hubo eventos adversos como resultado de la intervención (34).

2) Intervenciones de alfabetización en salud para comunidades indígenas

Hay escasez de estudios de alta calidad sobre alfabetización en salud dirigida a pacientes indígenas (44). La revisión de Thewes y cols. (44) realizada en pacientes indígenas con cáncer mostró cómo los estudiantes universitarios indígenas descubrieron que la información del riesgo numérico incorporada en un gráfico de barras se entendía mejor que sólo el texto; y un gráfico personalizado no fue más eficaz que un gráfico estándar para promover la comprensión de la información sobre riesgos (44).

Los autores describen diferentes metodologías para presentar información sobre riesgos de cáncer en indígenas americanos y australianos basada en programas de comunicación y extensión educativa basados en la comunidad, el uso de material audiovisual cultural y socialmente apropiado, campañas de mercadeo (programas de televisión específicos de la cultura, publicidad, medios, eventos, recursos educativos), intervenciones como el 'círculo de conversación' semanal para mujeres indígenas con el objetivo de aumentar el conocimiento

relacionado con el cáncer y promover comportamientos de tamización. Estas estrategias de concientización informaron resultados positivos aumentando las tasas de detección de cáncer cervicouterino (44).

La revisión de Nash y cols. (36) incluye el uso de intervenciones educativas grupales dirigidas a mejorar los conocimientos sobre salud de los aborígenes e isleños del Estrecho de Torres: talleres o sesiones educativas en grupo incluían clases de ejercicio estructurado, talleres de nutrición y cocina, debates y juegos de rol, presentaciones y otras actividades de aprendizaje relacionadas (36).

Intervenciones enfocadas a las organizaciones y trabajadores de la salud

3) Creación de redes de cuidado con la participación de los TSC (o figuras equivalentes)

Las redes se apoyan en el alcance que pueden tener las estrategias de trabajadores comunitarios en salud (TSC) en una respectiva comunidad. Su adecuado funcionamiento requiere una definición clara de los roles, responsabilidades y cargas laborales de los TSC (35). En Australia, algunas regiones implementaron una coordinación regional de salud ocular con la participación de coordinadores en la atención oftalmológica y apoyo no clínico asociado (coordinadores de salud ocular, TSC aborígenes, personal de APS y personal de enlace comunitario) (40). Las zonas que tenían esta coordinación aumentaron la cobertura para el diagnóstico y tratamiento de la retinopatía diabética, usaron las clínicas de extensión de optometría como parte de los servicios de APS, ofrecieron transporte y alojamiento para asistir a consultas o cirugías. Con ello aumentaron la integración entre los proveedores de atención en los diferentes niveles de cuidado, disminuyeron los tiempos de espera y mejoraron la adherencia a los tratamientos (40).

Para favorecer la mediación cultural estos programas incluyeron un comité de ancianos indígenas, intérpretes en lenguas indígenas para la traducción de encuestas de control de tracoma en escuelas y durante el desarrollo de videos para promocionar la detección de retinopatía diabética, y mejoraron los servicios integrados de enfermedades crónicas, el conocimiento sobre tracoma y la retinopatía diabética, respectivamente (40). Otra estrategia identificada son las unidades o clínicas móviles que permitan llevar educación y atención en salud en diferentes condiciones de salud y para favorecer los procesos de promoción y prevención, incluyendo programas de tamización (33).

4) Las intervenciones educativas y de formación dirigidas a profesionales de la salud

La revisión de Mikhail y cols. (37) enfocada en la salud reproductiva de los indígenas Inuit del norte de Canadá propuso intervenciones para reducir las disparidades y promover prácticas sexuales seguras:

- **Inclusión de parteras o comadronas** como una intervención de salud reproductiva para recuperar el parto tradicional. En Canadá, la partería requiere una licenciatura universitaria de cuatro años, puede cursarse siete universidades y recibe certificación de la Asociación Canadiense de Matronas. Adicionalmente hay ocho programas comunitarios de matronas para quienes deseen aprender y ejercer en sus comunidades sin certificación por la asociación
- **Los centros de maternidad** cuentan con dos matronas, un médico general ocasional y un servicio aéreo de evacuación médica en caso de emergencia. Cuando se comparan las comunidades con y sin centro de maternidad que debían trasladarse a un centro urbano para dar a luz, se encontró que las primeras sufrieron menos ansiedad durante el parto gracias a la presencia de familiares y a que las matronas hablaban su lengua materna, participaron en la toma de decisiones sobre su salud y se sintieron apoyadas psicosocialmente. Los miembros de la comunidad señalaron que el apoyo del centro de maternidad es un paso esencial para garantizar su éxito y el de futuros centros de maternidad en la región.
- **Pruebas de fibronectina fetal** para identificar embarazos de alto riesgo. Entre 2004 y 2007 se realizaron 160 pruebas *in situ* evitando traslados al sur de madres nulíparas de bajo riesgo y disminuyendo los gastos para el sistema sanitario canadiense.

- **Las metodologías de investigación participativa comunitaria** a largo plazo para mejorar la salud sexual y reproductiva de estas comunidades, se justifica en el cambio positivo conseguido cuando los miembros de la comunidad participan activamente en la investigación, el desarrollo de la intervención y contribuyen de forma significativa a estos procesos.

En Australia se ha implementado una estrategia para garantizar la atención en zonas rurales empleando el talento humano de las escuelas de medicina ubicadas en áreas rurales. Los estudiantes realizan las prácticas en estas zonas y se hace un seguimiento para verificar su adherencia a estos puestos de trabajo, algunos de tiempo completo y otros trabajando parcialmente entre la ruralidad y la ciudad (33).

5) Fortalecimiento tecnológico

Entre los beneficios de implementar la telemedicina en las comunidades se resaltan:

- Disminución en la discriminación asociada al estrato socioeconómico,
- mejora en la oportunidad del diagnóstico y tratamiento al disminuir el tiempo de acceso a la atención,
- evita traslados a grandes distancias y mantiene una comunicación constante entre el médico y el paciente,
- integración de distintos especialistas para tratar una enfermedad en específica,
- aumenta la confianza entre relación la familia, el paciente y el médico,
- análisis con datos científicos y estadísticos más oportunos,
- mejoría de la gestión en salud por parte de las reguladoras en salud, desenlaces clínicos comparables a los servicios presenciales y ahorro en costos y tiempo (33,46).

En Colombia un trabajo de grado maestría propone que instaurar un modelo de telemedicina para la IPS indígena Manexka no solo ampliará la APS, sino la atención en programas de prevención y prevención en salud de diversas áreas (29). Otro trabajo (26) exploró una estrategia que utiliza vehículos aéreos no tripulados (VANT-drones) combinada con medios de transporte tradicionales en el municipio de Bahía Solano (Chocó) para la distribución de vacunas. Desarrolló la formulación matemática para diseñar redes de suministro, localizar instalaciones y realizar ruteo de vehículos para una gestión efectiva de las cadenas de suministro y encontró que el modelo de transporte de VANT combinado con lanchas posee el mejor desempeño en cuanto al tiempo total de distribución de las vacunas hacia todos los corregimientos y resguardos indígenas porque reduce el tiempo total de distribución entre un 70% y 76% comparado con el uso exclusivo de los VANT mejorando la accesibilidad y disponibilidad de medicamentos, por lo cual podría disminuir los costos del suministro y aumentar tasas de cobertura en cada jornada de vacunación (26).

Barreras identificadas para la implementación de las estrategias

Las barreras descritas para la implementación de las estrategias, incluyen la necesidad de una atención en salud culturalmente competente y la distribución geográfica de las comunidades (33,45). Un estudio realizado en la India describe entre las barreras para que los TSC puedan cumplir su función: que son considerados inferiores a nivel local, cuentan con pocos incentivos y pobres condiciones laborales, e inclusive, no se reconocen como trabajadores (35).

Entre las principales barreras para acceder a las intervenciones de salud reproductiva en la comunidad indígena canadiense Inuit se encontraron (37):

- las preocupaciones de los jóvenes por la confidencialidad que limitaban el acceso al servicio, principalmente en comunidades pequeñas,
- la falta de comunicación y educación en salud sexual y reproductiva, siendo incómodo abordar el tema y dejando interrogantes no resueltos relacionados a las ETS y VIH, y
- las limitaciones en el acceso a los preservativos y a la comunicación sobre ETS (37).

En algunas condiciones específicas de salud se encontraron barreras de acceso. Por ejemplo con el cáncer anal, a pesar del riesgo identificado hay renuencia a la detección y se requieren estrategias para des estigmatizar esta enfermedad (38). En salud visual, no tener un coordinador de atención oftalmológica se identificó como barrera para una remisión efectiva (40). En los programas de telemedicina las barreras son la dispersión geográfica, falta de servicios y profesionales culturalmente apropiados y la situación económica de los indígenas (46). En el uso de los VANT las barreras son la baja capacidad de transporte y poca autonomía de vuelo (26).

En Colombia antes de formular modelos de atención para las áreas rurales se deben tener en cuenta los problemas que sufren estas comunidades en relación con el conflicto armado, el analfabetismo enfocado al entendimiento de los temas en salud, las barreras geográficas y las culturales como la discriminación (33).

Integración y articulación de la atención en salud con los procesos de promoción social

La evidencia reunida proviene de cuatro revisiones sistemáticas y cinco revisiones de alcance. Las revisiones sistemáticas son de calidad “críticamente baja”, una de las revisiones de alcance “alta” (47), otra “moderada”(48), y dos “críticamente bajas” (32,37).

Características de la prestación del servicio

Cómo, cuándo y quién provee la atención

Disponibilidad del servicio, acceso oportuno, continuidad

Tres revisiones sistemáticas (40,50,51) y dos revisiones de alcance (47,48) presentan evidencia sobre la prestación oportuna del servicio de salud y su continuidad. La información se relaciona con los TSC que trabajan de cerca con las comunidades indígenas en procesos sociales y de salud.

La revisión sistemática de Yashadhana y cols. (40) identificó como un aspecto clave el aumento de la cobertura en la prestación de servicios de salud ocular, la participación de TSC, aborigen o no, y cuidadores (40). Los TSC sirven de enlace entre los servicios de salud ocular y la comunidad, como mediadores culturales en consulta con los profesionales de la salud ocular, y explican e interpretan la información de salud a las comunidades (40).

Sivertsen y cols. (51) estudian la percepción que tienen las mujeres aborígenes del acompañamiento de cuidadores comunitarios en el servicio de salud infantil y concluyen que las madres valoran más el acompañamiento de un mismo cuidador comunitario o de otras mujeres aborígenes, durante el proceso de salud infantil (51). Refieren la importancia de desarrollar intervenciones encaminadas a establecer y mantener puestos de liderazgo designados en cada comunidad, de contar con coordinadores autóctonos o que generen confianza en la población y que permitan mejorar la comunicación y la prestación de servicios (51).

El estudio de Berini y cols. (50) exploró el papel de los TSC en la prevención y atención en salud en las poblaciones alejadas y que tienen difícil acceso a los sistemas de salud. Se identificaron dos tipos de intervenciones que deben llevar a cabo los trabajadores comunitarios:

- Proporcionar educación en salud y de prevención de enfermedades a la comunidad: a partir de talleres grupales donde se abarcan temas como la atención preventiva recomendada, mejorar la nutrición y los hábitos de ejercicio, dejar de fumar, cumplir la medicación, entre otras;
- Servir como puente entre el sistema de salud y la comunidad, por medio de visitas domiciliarias donde se presta atención en salud según se requiera (50).

La revisión de alcance de Villarosa y cols. (48) informa sobre el rol de TSC en la promoción y atención de la salud oral en comunidades indígenas. En las intervenciones descritas, los TSC son promotores de salud, cumpliendo acciones como la programación de citas con el dentista, la aplicación de barnices de flúor y la educación sanitaria oral individualizada a niños, mujeres embarazadas y padres en visitas domiciliarias (48).

Puszka y cols. (47) presentan estrategias de la fuerza laboral para apoyar las relaciones entre el personal de salud y los indígenas. Identifica distintos modelos con estrategias específicas para emplear a indígenas de las comunidades en las que operan. Tres de estos modelos emplean a indígenas con discapacidad en sus comunidades y eligen el personal indígena basados en sus roles sociales en sus familias y comunidades. Y dos de los modelos atrajeron personal indígena local de programas de empleo asociados con los sistemas de seguridad social para que ayudaran en la prestación de servicios de salud.

Manejo y coordinación del proceso de atención

Tres revisiones sistemáticas (8,47,51) y cuatro de alcance (16,31,47,49) presentan información relativa a las necesidades del sistema de salud para brindar un servicio adecuado a las poblaciones indígenas. Y describen estrategias o recomendaciones para afrontar barreras sociales existentes en la prestación de los servicios de salud.

La revisión de Sivertsen y cols. (51) expone la importancia de fomentar la educación y el empleo, dentro de la comunidad para mejorar la atención en salud y la comunicación entre el personal de salud con las comunidades indígenas estableciendo relaciones más sólidas y confianza. Y describe la necesidad de buscar asociaciones entre universidades y las comunidades para ampliar el papel de los proveedores de atención sanitaria indígenas en los servicios sanitarios generales y las matronas parteras, con la intención de capacitar, mejorar la educación en salud y fomentar el empleo de personal aborigen (51).

La revisión de Berg y cols. (49) también concluye que la capacitación del personal salud en prácticas y conocimientos culturales genera confianza entre la comunidad indígena y contribuyen a superar las barreras sociales, los estereotipos, la discriminación, y las diferencias en los estilos de comunicación (49). Las estrategias efectivas incluyen capacitaciones al personal de salud en competencias culturales, apreciación de la cultura indígena, educación sobre seguridad cultural y, alianzas con comunidades indígenas y el reconocimiento al papel de la familia (49).

La revisión de Puszka (47) presenta diferentes modelos de atención en salud basados en el respeto a las dinámicas y normas sociales de las comunidades. Incluye medidas para garantizar que los indígenas reciban atención personal de un miembro de la comunidad del mismo sexo, o con una relación personal adecuada a sus costumbres (47). Otros modelos incluyen medidas de apoyo a cuidadores familiares como alternativa a la prestación de cuidadores profesionales o la falta de cuidado, con el fin de respetar el papel de la familia en el proceso del cuidado (47). El apoyo brindado a los cuidadores en estos modelos incluye asistencia material (provisión de ropa de cama y subsidios para combustible, servicios de limpieza y descanso) (47). La revisión también resalta la importancia de diseñar servicios de salud que contemplen actividades sociales integradas con actividades de la vida cotidiana, pues tienden a relacionarse con formas de participación más significativas por parte de las comunidades indígenas (47). Se incluyeron actividades sociales como visitas al campo, pesca, pintura y preparación de medicinas tradicionales.

La revisión de Webkamigad y cols. (16) destacó que los determinantes clave de la salud que influyeron en las necesidades de los adultos mayores indígenas fueron: educación y alfabetización, etnicidad y red de apoyo social; promoción de la salud y atención de la salud; y una combinación de estructuras históricas y contemporáneas (16). Una segunda área de enfoque es la importancia de la integración, la coordinación y la navegación dentro

de la atención médica, particularmente en los servicios especializados, y entre salud y otros sectores (16). Los autores enfatizaron en la importancia de la planificación regional para desarrollar prácticas sólidas de gestión de casos para apoyar a las personas mayores y sus cuidadores (16).

La revisión de Chando y cols. (31) describe la importancia del bienestar social, emocional y espiritual como aspecto fundamental del proceso de salud para las comunidades indígenas (31), y destaca la necesidad de replantear la evaluación de los programas de salud más allá de las medidas biomédicas de uso común (31). Al momento de formular y desarrollar intervenciones en salud para las comunidades indígenas, los tomadores de decisiones presentan cuatro temas a tener en cuenta (31):

1. **Generar compromiso:** desarrollar intervenciones en salud que permitan identificar y abordar las barreras en el acceso a los servicios, en particular las relacionadas con las desventajas sociales y económicas.
2. **Recuperar el control de la salud:** desarrollar programas en salud con componentes que busquen empoderar a las comunidades y les permitan desarrollar capacidades para tomar decisiones que les permitan vivir una vida saludable (programas de prevención, educación en salud, etc.)
3. **Mejorar la vida social y la pertenencia:** desarrollar intervenciones en salud que contengan estrategias encaminadas a mejorar la cohesión comunitaria en salud y que permitan la restauración de conexiones sociales y comunitarias.
4. **Preservar la comunidad y la cultura:** desarrollar intervenciones en salud que contengan actividades encaminadas a mantener los valores y saberes comunitarios.

Distintos modelos de atención en la comunidad Maorí, descritos en la revisión sistemática de Wilson y cols. (8), sustentaron su diseño en los conceptos, valores y principios socioculturales de esta comunidad: 1) Dimensiones de salud y bienestar; 2) *Whanaungatanga* (conexión); 3. *Whakawhanaungatanga* (construcción de relaciones), y 4. Situación socio-política y contexto de salud (8). Estos principios integran la visión holística de su estilo de vida y se enfocan directamente en su salud, bienestar, conexión espiritual y relacionamiento.

Cambios financieros

Financiación de los programas

Se encontró muy poca evidencia respecto a los cambios financieros relacionados a integración entre procesos de atención de salud y procesos de bienestar social. La revisión de Puszka (47) describe la necesidad de desarrollar modelos que permitan flexibilizar los esquemas de financiación en salud a comunidades, a partir del reconocimiento de grupos organizados indígenas y ONGs que trabajen y conozcan las necesidades específicas de la comunidad. Presenta un programa canadiense que aprovecha el capital social y el conocimiento respecto de las necesidades comunitarias que tienen grupos indígenas organizados para transferirles recursos destinados al uso en salud. Además, expone la necesidad de flexibilizar las estructuras gubernamentales que limitan el acceso a recursos del sistema de salud a organizaciones indígenas (47).

REFERENCIAS

1. Plan de Vida Curripaco y Yeral de los Resguardos Indígenas Bajo, Medio y Alto Río Guainía, y Ríos Cuyarí - Isana. Inirída: Gobernación de Guainía; 2019 p. 139. URL: <https://www.guainia.gov.co/planes/plan-de-vida-curripaco-y-yeral-de-los-resguardos-indigenas>
2. Colombia. Vice-Ministro de Salud Pública y Prestación de Servicios. Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS. Piloto de Implementación en los Departamentos con Poblaciones Dispersas. Bogotá: Ministerio de Salud; 2015. p. 1-47. URL: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/zqc2y>
3. Koea J, Ronald M. What do indigenous communities want from their surgeons and surgical services: A systematic review. *Surgery*. 2020 Mar;167(3):661–7.
4. Jennings W, Bond C, Hill PS. The power of talk and power in talk: a systematic review of Indigenous narratives of culturally safe healthcare communication. *Aust J Prim Health*. 2018 May;24(2):109–15.
5. Brooks D, Johnston S, Parker C, Cox L, Brodie M, Radbourne C, et al. Elements of long-term care that promote quality of life for Indigenous and First Nations Peoples: A mixed methods systematic review. *The Gerontologist*. 2022 Oct 14;gnac153.
6. Mbuzi V, Fulbrook P, Jessup M. Effectiveness of programs to promote cardiovascular health of Indigenous Australians: a systematic review. *Int J Equity Health*. 2018 Sep 27;17(1):153.
7. D'Onise K, Iacobini ET, Canuto KJ. Colorectal cancer screening using faecal occult blood tests for Indigenous adults: A systematic literature review of barriers, enablers and implemented strategies. *Prev Med*. 2020 May;134:106018.
8. Wilson D, Moloney E, Parr JM, Aspinall C, Slark J. Creating an Indigenous Māori-centred model of relational health: A literature review of Māori models of health. *J Clin Nurs*. 2021 Dec;30(23–24):3539–55.
9. Marriott R, Strobel NA, Kendall S, Bowen A, Eades AM, Landes JK, et al. Cultural security in the perinatal period for Indigenous women in urban areas: a scoping review. *Women Birth J Aust Coll Midwives*. 2019 Oct;32(5):412–26.
10. Brooks-Cleator L, Phillippis B, Giles A. Culturally Safe Health Initiatives for Indigenous Peoples in Canada: A Scoping Review. *Can J Nurs Res Rev Can Rech En Sci Infirm*. 2018 Dec;50(4):202–13.
11. Schill K, Caxaj S. Cultural safety strategies for rural Indigenous palliative care: a scoping review. *BMC Palliat Care*. 2019 Feb 14;18(1):21.
12. Harfield SG, Davy C, McArthur A, Munn Z, Brown A, Brown N. Characteristics of Indigenous primary health care service delivery models: a systematic scoping review. *Glob Health*. 2018 Jan 25;14(1):12.
13. Choukou MA, Maddahi A, Polyvyana A, Monnin C. Digital health technology for Indigenous older adults: A scoping review. *Int J Med Inf*. 2021 Apr;148:104408.
14. Reeve C, Johnston K, Young L. Health Profession Education in Remote or Geographically Isolated Settings: A Scoping Review. *J Med Educ Curric Dev*. 2020;7:2382120520943595.
15. Jongen C, McCalman J, Bainbridge R. Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2018 Apr 2;18(1):232.
16. Webkamigad S, Rowe R, Peltier S, Froehlich Chow A, McGilton KS, Walker JD. Identifying and understanding the health and social care needs of Indigenous older adults with multiple chronic conditions and their caregivers: a scoping review. *BMC Geriatr*. 2020 Apr 19;20(1):145.
17. Peake RM, Jackson D, Lea J, Usher K. Investigating the processes used to develop and evaluate the effectiveness of health education resources for adult Indigenous people: A literature review. *Contemp Nurse*. 2019;55(4–5):421–49.
18. Červený M, Kratochvílová I, Hellerová V, Tóthová V. Methods of increasing cultural competence in nurses working in clinical practice: A scoping review of literature 2011–2021. *Front Psychol*. 2022;13:936181.
19. Beks H, Ewing G, Charles JA, Mitchell F, Paradies Y, Clark RA, et al. Mobile primary health care clinics for Indigenous populations in Australia, Canada, New Zealand and the United States: a systematic scoping review. *Int J Equity Health*. 2020 Nov 9;19(1):201.
20. Rankin A, Baumann A, Downey B, Valaitis R, Montour A, Mandy P. The Role of the Indigenous Patient Navigator: A Scoping Review. *Can J Nurs Res Rev Can Rech En Sci Infirm*. 2022 Jun;54(2):199–210.
21. Shrivastava R, Couturier Y, Girard F, Papineau L, Emami E. Two-eyed seeing of the integration of oral health in primary health care in Indigenous populations: a scoping review. *Int J Equity Health*. 2020 Jun 30;19(1):107.
22. Wali S, Superina S, Mashford-Pringle A, Ross H, Cafazzo JA. What do you mean by engagement? - evaluating the use of community engagement in the

- design and implementation of chronic disease-based interventions for Indigenous populations - scoping review. *Int J Equity Health*. 2021 Jan 6;20(1):8.
23. Villegas Manrique AM. Arreglo institucional para el modelo piloto intercultural de atención y prestación de servicios de salud para la población indígena del departamento del Amazonas: una propuesta a partir de la sistematización de la experiencia. 2018 Jul 30. URL: <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/37005>
 24. Guerrero Rosero AD, Calambas Pardo MA. Camino intercultural para el cuidado de la mujer dadora de vida, en la IPS-I hospital Mamá Dominga – Guambia – Cauca, diciembre 2021-febrero 2022. URL: <http://repositorio.unicauca.edu.co:8080/xmlui/handle/123456789/3538>
 25. Godoy Meza F, Chamorros Rios C, Brinck Pinset G. Centro de salud mapuche kvme felen y la implementación de los modelos de salud con enfoque intercultural [Tesis]. Universidad Academia de Humanismo Cristiano; 2021. URL: <http://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/handle/123456789/6127>
 26. Moreno Castro C. Modelo para la distribución de medicamentos a comunidades en zonas apartadas de la región costera del departamento del Chocó, Colombia [Tesis]. Universidad Nacional de Colombia; 2021. URL: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/79712>
 27. Arias Daza H, Campo Solano C. Modelo de atención integral para la salud sexual y reproductiva en familias wayuu del Distrito Especial, Turístico y Cultural de Riohacha [Tesis]. Universidad de La Guajira; 2020. URL: <https://repositoryinst.uniguajira.edu.co/handle/uniguajira/351>
 28. Heredia N, Jemio J, Lagos G, Valencia M, Saéz M. Política Andina de Salud Intercultural. Lima: Organismo Andino de Salud; 2019. p. 26. URL: http://www.orasconhu.org/portal/sites/default/files/file/webfiles/doc/Politica_Andina_de_Salud_Intercultural_2019.pdf
 29. Taborda Patrón JL. Propuesta del Plan de Gestión para la Implementación de la Telemedicina en la población Indígena Zenú adulta para disminuir los indicadores de mortalidad total en Tuchin- Córdoba. [Tesis]. Bogotá: Universidad del Rosario; 2021. URL: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/31783>
 30. Segovia Meza G, Monteza Facho BM. Un modelo de gestión para incorporar la interculturalidad en la prevención y control de la tuberculosis en Ica, 2021-2022. Lima: Instituto Nacional de Salud; 2022. URL: <https://boletin.ins.gob.pe/un-modelo-de-gestion-para-incorporar-la-interculturalidad-en-la-prevencion-y-control-de-la-tuberculosis-en-ica-2021-2022/>
 31. Chando S, Tong A, Howell M, Dickson M, Craig JC, DeLacy J, et al. Stakeholder perspectives on the implementation and impact of Indigenous health interventions: A systematic review of qualitative studies. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. 2021 Jun;24(3):731–43.
 32. Mexico. Secretaria de Salud, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Modelo para la atención intercultural a la salud de los pueblos indígenas y afroamericano. Política Intercultural en Salud. Elementos esenciales. Mexico: Secretaria de Salud; 2020. 66 p. URL: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/69msn>
 33. Delgado-Peñaloza SM, Ortiz-Piedrahita V. Bases para la estructuración de un modelo en salud rural en Arauca. *Rev Salud Pública*. 2022 Jun;24(3). URL: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642022000300300&lang=pt
 34. Strobel NA, Chamberlain C, Campbell SK, Shields L, Bainbridge RG, Adams C, et al. Family-centred interventions for Indigenous early childhood well-being by primary healthcare services. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022(12). URL: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012463.pub2/full>
 35. Kalne PS, Kalne PS, Mehendale AM. Acknowledging the Role of Community Health Workers in Providing Essential Healthcare Services in Rural India-A Review. *Cureus*. 2022 Sep;14(9):e29372.
 36. Nash S, Arora A. Interventions to improve health literacy among Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples: a systematic review. *BMC Public Health*. 2021 Jan 30;21(1):248.
 37. Mikhail H, Kelly SE, Davison CM. Reproductive health interventions for Inuit youth in the north: a scoping review. *Reprod Health*. 2021 Mar 20;18(1):65.
 38. McLean KL, Hata J, Hata E, Marshall SM, Okamoto SK. Deep-Structure Adaptations and Culturally Grounded Prevention Interventions for Native Hawaiians: a Systematic Review of the Literature. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2021 Jun;8(3):570–8.
 39. Disler R, Glenister K, Wright J. Rural chronic disease research patterns in the United Kingdom, United States, Canada, Australia and New Zealand: a systematic integrative review. *BMC Public Health*. 2020 May 24;20(1):770.
 40. Yashadhana A, Lee L, Massie J, Burnett A. Non-clinical eye care support for Aboriginal and Torres

- Strait Islander Australians: a systematic review. *Med J Aust.* 2020 Mar;212(5):222–8.
41. Hilty DM, Gentry MT, McKean AJ, Cowan KE, Lim RF, Lu FG. Telehealth for rural diverse populations: telebehavioral and cultural competencies, clinical outcomes and administrative approaches. *mHealth.* 2020; 6:20.
 42. Maina G, Mclean M, Mcharo S, Kennedy M, Djioemetio J, King A. A scoping review of school-based indigenous substance use prevention in preteens (7-13 years). *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2020 Oct 1;15(1):74.
 43. Palmer SC, Gray H, Huria T, Lacey C, Beckert L, Pitama SG. Reported Māori consumer experiences of health systems and programs in qualitative research: a systematic review with meta-synthesis. *Int J Equity Health.* 2019 Oct 28;18(1):163.
 44. Thewes B, McCaffery K, Davis E, Garvey G. Insufficient evidence on health literacy amongst Indigenous people with cancer: a systematic literature review. *Health Promot Int.* 2018 Apr 1;33(2):195–218.
 45. Fraser S, Grant J, Mackean T, Hunter K, Holland AJA, Clapham K, et al. Burn injury models of care: A review of quality and cultural safety for care of Indigenous children. *Burns J Int Soc Burn Inj.* 2018 May;44(3):665–77.
 46. Taborda Patrón, Juani Leonor. Propuesta del Plan de Gestión para la Implementación de la Telemedicina en la población Indígena Zenú adulta para disminuir los indicadores de mortalidad total en Tuchin-Córdoba. [Tesis]. Bogotá: Universidad del Rosario; 2021. URL: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/31783>
 47. Puszka S, Walsh C, Markham F, Barney J, Yap M, Dreise T. Community-based social care models for indigenous people with disability: A scoping review of scholarly and policy literature. *Health Soc Care Community.* 2022 Nov;30(6): e3716–32.
 48. Villarosa AC, Villarosa AR, Salamonson Y, Ramjan LM, Sousa MS, Srinivas R, et al. The role of indigenous health workers in promoting oral health during pregnancy: a scoping review. *BMC Public Health.* 2018 Mar 20;18(1):381.
 49. Berg K, McLane P, Eshkakogan N, Mantha J, Lee T, Crowshoe C, et al. Perspectives on Indigenous cultural competency and safety in Canadian hospital emergency departments: A scoping review. *Int Emerg Nurs.* 2019 Mar; 43:133–40.
 50. Berini CR, Bonilha HS, Simpson AN. Impact of Community Health Workers on Access to Care for Rural Populations in the United States: A Systematic Review. *J Community Health.* 2022 Jun;47(3):539–53.
 51. Sivertsen N, Anikeeva O, Deverix J, Grant J. Aboriginal and Torres Strait Islander family access to continuity of health care services in the first 1000 days of life: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res.* 2020 Sep 3;20(1):829.
 52. Gwynne K, Jeffries T, Lincoln M. Improving the efficacy of healthcare services for Aboriginal Australians. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc.* 2019 Jul;43(3):314–22.

ANEXOS

Anexo 1. Resumen de los hallazgos de estudios agregativos

Estudio	Tipo de revisión	Objetivo de la revisión sistemática	Hallazgos clave	Año de la última búsqueda de la evidencia	AMSTAR 2 (evaluación de la calidad)	Proporción de estudios conducidos en Colombia/Latinoamérica
Nash & Arora, 2021 (36)	Revisión sistemática	Sintetizar y evaluar la eficacia de las intervenciones de alfabetización en salud dirigidas a los adultos indígenas australianos.	Se encontraron dos estrategias de intervención en los estudios: <ul style="list-style-type: none"> • Talleres o sesiones educativas en grupo: estrategias de intervención educativas en grupo dirigidas a mejorar los conocimientos sobre salud de los aborígenes e isleños del Estrecho de Torres. Incluyen clases de ejercicio estructurado, talleres de nutrición/cocina, debates/juegos de rol, presentaciones y otras actividades de aprendizaje relacionadas. • Reducción de los precios de las frutas y verduras 	2020	Baja	0/5
Berini, 2021 (50)	Revisión sistemática	Sintetizar la evidencia sobre el papel esencial que desempeñan los trabajadores comunitarios en salud para vincular a las poblaciones desatendidas de las zonas rurales con el sistema sanitario, e informar sobre futuras investigaciones y la aplicación de programas para servir mejor a estas comunidades.	La mayoría de las intervenciones proporcionaron educación (46%), suponiendo que un mayor conocimiento se traduce en un cambio de comportamiento en salud, como recibir la atención preventiva recomendada, mejorar la nutrición y los hábitos de ejercicio, dejar de fumar, cumplir la medicación, establecer objetivos, etc. El resto de los estudios tenían como objetivo específico poner en contacto a los pacientes con los recursos de la comunidad (27%) para hacer frente a las barreras de acceso a la atención sanitaria como el transporte, el cuidado de los niños, la traducción cultural y lingüística, la navegación por el sistema sanitario, o contenían ambos elementos de educación y conexión con los recursos de la comunidad (27%). Las intervenciones educativas incluyeron talleres grupales con duración de unas pocas horas durante un periodo de tiempo que oscilaba entre 6 meses a 2 años. Las intervenciones para abordar necesidades sociales específicas se basaron en visitas domiciliarias de los trabajadores comunitarios de salud (TSC). La frecuencia de las visitas oscilaba entre un par de visitas al año y visitas semanales, en función de las necesidades del paciente.	Sin información	Críticamente baja	0/26

Gwynne, 2018 (52)	Revisión sistemática	Examinar los factores que facilitan la prestación eficaz de servicios sanitarios a los aborígenes australianos	<p>La revisión identificó 6 facilitadores para la prestación de un servicio de salud eficiente para indígenas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Competencias culturales: <i>incluye la formación del personal para que adquiera y desarrolle su competencia cultural a lo largo del tiempo, un planteamiento de tolerancia cero frente al racismo, la inclusión de los aborígenes en el diseño, la prestación y la evaluación del programa y, cuando proceda, la incorporación de las costumbres, la lengua y las creencias locales".</i> 2. Análisis del contenido 3. Índices de participación 4. Organización 5. Gobernanza clínica y cumplimiento 6. Disponibilidad de servicios 	2017	Críticamente baja	0/14
Strobel, 2022 (34)	Revisión sistemática	Valorar las intervenciones que mejoran la atención para las comunidades indígenas.	<p>La educación centrada en la familia fue el tipo de intervención más común. Tres estudios compararon la atención centrada en la familia con la atención habitual y siete estudios proporcionaron algún tipo de intervención "mínima" a las familias, como educación en forma de folletos o boletines informativos.</p> <p>La atención centrada en la familia puede mejorar la salud y el bienestar global de los niños indígenas y sus familias, pero el nivel de evidencia fue "muy incierto". La estimación del efecto combinado de 11 estudios indica que esta estrategia mejoró la salud y el bienestar general de los niños indígenas y sus familias, en comparación con ninguna atención centrada en la familia (diferencia de medias estandarizada 0,14; IC 95%: 0,03 a 0,24).</p> <p>No hubo evidencia suficiente para determinar si hubo mejoría en los desenlaces específicos de salud (salud psicológica, física y comportamiento emocional), y el desarrollo del niño. Siete de los once estudios realizaron intervenciones educativas centradas en la familia.</p>	2021	Baja	0
Koea & Ronald, 2020 (3)	Revisión sistemática	Revisar las expectativas de las comunidades indígenas sobre los cirujanos y los proveedores de servicios quirúrgicos para ayudar a desarrollar, implementar y mejorar la prestación de estos servicios en estas comunidades.	<p>Se identificaron 6 temas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los servicios de salud indígena deben ser, tanto geográficamente, como culturalmente accesibles: en lugares remotos sin servicios especializados, se pueden proporcionar clínicas de visitas y se ha demostrado que tienen éxito, particularmente en el interior de Australia. Estas clínicas, sin embargo, funcionan mejor cuando existe un servicio local de atención primaria de salud eficaz. 2. La participación comunitaria y la gobernanza: han demostrado ser características de los servicios de salud indígena exitosos. Esto ha resultado en el desarrollo de servicios de salud específicos para indígenas en Australia, Nueva Zelanda, Canadá, y Estados Unidos. También se ha demostrado que la asociación comunitaria desempeña un papel clave en el rediseño de las vías quirúrgicas para: 1) aumentar el acceso y el tratamiento de los indígenas con catarata, 2) facilitar la participación exitosa entre médicos, escuelas y comunidades, 3) la capacitación de los estudiantes, y 4) mejorar la sobrevida en cáncer. 3) Mejora continua de la calidad: las comunidades indígenas se basan en principios éticos universales, pero no permanecen estáticas y continúan desarrollándose y evolucionando con el tiempo. Los proveedores de servicios 	3 de abril de 2019	Críticamente baja	0/1 (chile)

			<p>médicos y quirúrgicos para las comunidades indígenas deben evaluar continuamente el lugar y la eficacia de sus servicios en la comunidad y tratar de mejorar los servicios. La evaluación de los servicios médicos, la comunicación y la idoneidad cultural recae en la comunidad indígena y, como parte de su compromiso, debe haber participación en un programa de mejora de la calidad.</p> <p>4. fuerza laboral culturalmente apropiada y clínicamente capacitada. en una revisión de las características de los proveedores de atención médica primaria más valorados por los aborígenes australianos, Gomersall y cols. demostraron que los servicios que eran accesibles, acogedores y ofrecían una atención culturalmente segura apropiada y holística eran los más valorados y con mayor asistencia y compromiso con las comunidades locales. Woolley y cols. informaron sobre los atributos deseados por los pueblos indígenas en los graduados de medicina que incluyen la provisión de atención al paciente de calidad, conocimiento y comunicación culturalmente apropiados, excelente conocimiento médico, conocimiento del sistema de salud local, personalidad positiva, actitud positiva hacia el trabajo con pueblos indígenas y el deseo de comprometerse con la comunidad. Los Institutos Canadienses de Investigación en Salud han publicado pautas para los profesionales de la salud que trabajan con pueblos indígenas que incluyen: 1) basar todas las relaciones entre los proveedores y las comunidades en el respeto mutuo, reconociendo que el sistema de salud actual presenta brechas y barreras para los pueblos indígenas que buscan atención médica; 2) trabajar proactivamente con los pueblos indígenas para abordar estas limitaciones; 3) trabajar con las comunidades para brindar atención médica culturalmente apropiada; 4) proporcionar tratamiento en idiomas indígenas siempre que sea posible, o proporcionar intérpretes culturales y defensores como parte de la atención médica, 5) reconocer la importancia de los roles y la responsabilidad de la familia y la comunidad en la prestación de atención médica a los pueblos indígenas, y 6) respetar la integración de las medicinas tradicionales en la atención médica.</p> <p>5. Enfoque flexible de la atención. las necesidades de las comunidades indígenas deben priorizarse y utilizarse para crear modelos de atención específicos para la comunidad.</p> <p>6. Atención médica holística. en la visión aborigen del mundo, la cultura, la tierra, los ancestros, las personas vivas y todas las sustancias corporales ,están interconectadas y pueden actuar positiva o negativamente entre sí.</p>			
Delgado & Ortiz, 2022 (33)	Revisión sistemática	Identificar algunos modelos exitosos de atención en salud rural, que faciliten la construcción de un modelo de atención de salud rural con enfoque diferencial e intercultural para el departamento de Arauca	<p>La evidencia fue clasificada en 4 ejes temáticos:</p> <p>1. Salud y ruralidad: dos temas importantes en el campo de la salud pública. Se deben tener en cuenta cuestiones socioculturales como forma de vida, estados de ánimo, producción y reproducción, conocimientos tradicionales y la relación con la naturaleza, con el fin de llegar a la autosuficiencia. A su vez, mencionan el uso de prácticas populares en salud para tratar la enfermedad o para fortalecer la salud a través del uso de plantas medicinales, semillas, acupuntura, entre otros. Un estudio (Montoya, 2020) expone que en la ruralidad colombiana también se debe tener en cuenta modelos de crecimiento y una diversidad de</p>	2022	Críticamente baja	2/41 (Colombia y Ecuador)

			<p>conflictos que experimenta el país al momento de pensar un modelo de salud rural.</p> <p>2. Experiencias exitosas internacionales y nacionales en modelos y o estrategias de atención en salud rural: la evidencia se enfoca en modelos que buscan garantizar <i>“la accesibilidad a los servicios de salud de las comunidades rurales; de allí parte el primer eslabón para poder hablar de la efectividad de un modelo”</i>. Un estudio (Silva, 2018) resalta la importancia de <i>“fortalecer el trabajo de los profesionales y la articulación con terapias alternativas, tradicionales, integradoras y complementarias”</i>. Dos estudios (Verma, 2020 y Kushitor, 2019) recomiendan mejorar la capacitación en servicios de salud a los TSC, por ser ellos quienes responden en primera instancia a las necesidades de salud de la comunidad.</p> <p>3. Fortalecimiento de los modelos de salud a través del talento humano y herramientas tecnológicas. Dos estudios plantean estrategias para garantizar el reclutamiento de talento humano (Coe, 2021) o el apoyo con agentes comunitarios (Gagno, 2021), los cuales son monitoreados desde las ciudades por profesionales de salud. En Tasmania (Australia) se garantiza atención en zonas rurales a través de estudiantes de escuelas de medicina. Siguiendo esta línea, un estudio (Gupta, 2019) presenta el uso de escuelas de medicina ubicadas en áreas rurales, con prácticas en estos lugares y un posterior seguimiento para verificar la adherencia a estos puestos de trabajo, algunos de tiempo completo y otros a tiempo parcial. Una intervención mencionada es el uso de unidades o clínicas móviles, que permitan llevar educación y atención en diferentes estados de salud, a partir de la telemedicina.</p> <p>4. Recopilación de estrategias para atención con enfoque diferencial e intercultural: la evidencia se centra en <i>“estrategias que permitan garantizar una atención en el marco de la interculturalidad y el enfoque diferencial, lo cual implica tener en cuenta características específicas de la población en la que se desarrollan los modelos de atención.”</i> En Ecuador, se ejecutaron políticas con enfoque intercultural con la creación del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud: Familia, Comunitario e Intercultural (MAIS FCI) en 2012, el cual es atención con reconocimiento y respeto a la diversidad. Este modelo posibilita una articulación entre las prácticas ancestrales y el enfoque biomédico moderno, que no pueden estar desligadas. Un estudio expone que en algunas regiones las parteras tradicionales son quienes <i>“atienden las condiciones físicas, mentales y espirituales de las mujeres embarazadas, con una mayor participación masculina en la salud materna, el apoyo de los curanderos tradicionales, conservación de tradiciones (rituales) y una mejor nutrición para las embarazadas”</i>.</p>			
--	--	--	--	--	--	--

Sivertsen, 2020 (51)	Revisión sistemática	Revisar, evaluar y sintetizar la evidencia sobre la continuidad de la atención para las familias aborígenes en los servicios de salud infantil y familiar en Australia	Las mujeres aborígenes valoran mucho la continuidad de la atención y del cuidador, siendo para ellas importante el acceso, tanto cara a cara como por teléfono, a un único proveedor de atención bien conocido por la mujer y que "conociera su historia". En particular, las mujeres aborígenes valoraron los cuidados prestados por otra mujer aborigen, como una estudiante de partería o una trabajadora de un centro de Atención Materno Infantil Aborigen, lo que tuvo un impacto positivo en la adecuación cultural. Los programas que ofrecían continuidad asistencial, a través de los servicios prenatales y de parto, dieron lugar a una mayor aceptabilidad de la atención entre las mujeres aborígenes y a una mayor satisfacción con la calidad de la atención de maternidad que recibían. Los programas de continuidad asistencial parecían tener un impacto positivo en los resultados de salud materna e infantil, incluyendo mejoras en la asistencia prenatal, mejor seguimiento y gestión de los factores de riesgo, menores tasas de nacimientos prematuros, mayor peso al nacer y menor morbilidad y mortalidad perinatal. La importancia de establecer y mantener puestos de liderazgo designados, como los coordinadores de altas, se consideró un medio para mejorar la comunicación y los procesos de traspaso entre los hospitales y los servicios sanitarios remotos. Para ampliar el papel de los proveedores de TSC aborígenes en los servicios sanitarios generales, se deben establecer asociaciones con las universidades y comunidades aborígenes para mejorar la educación y fomentar el empleo de personal aborigen en modelos de atención de matronas (parteras) para casos concretos.	Sin información	Críticamente baja	0/28
D'Onise, 2020 (7)	Revisión sistemática	Comprender las barreras y los facilitadores que afectan la participación de la participación en programas de detección del cáncer colorrectal (CCR) mediante prueba de sangre oculta en heces (FOBT) en adultos indígenas en Oceanía y América del Norte.	Las barreras para la participación en la detección de CRC para los pueblos indígenas incluyeron: 1) la falta de acceso a servicios de salud culturalmente competentes, particularmente el acceso a proveedores de servicios de salud indígena, 2) la discriminación médica, 3) la desconfianza de larga data en la medicina y el personal de salud occidental, y 4) las pruebas de detección.	Enero de 2019	Baja	0/0

<p>Jennings, 2018 (4)</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>Explorar los relatos indígenas (aborígenes e isleños del Estrecho de Torres) sobre el acceso a la atención médica dentro de los trabajos de investigación cualitativa. Comprender los puntos de vista indígenas sobre la atención médica culturalmente segura y la comunicación de salud representada en esa evidencia.</p>	<p>La comunicación en salud o “charla”, surgió como un tema clave, con dos componentes asociados a la seguridad cultural: 1) el poder de la conversación, y 2) las diferencias de poder dentro de la conversación. El poder de hablar se refiere a la estima en la que los encuestados indígenas tenían conversaciones, tanto individualmente como en toda la comunidad, con los profesionales de la salud y entre ellos. Este poder estuvo mediado por las diferencias de poder experimentadas a través de la conversación, incluida la conversación que degradaba, disminuía o quitaba poder (Eckermann, 2010), así como la conversación que desafiaba o reorientaba las relaciones entre los pueblos indígenas y el sistema de salud.</p> <p>Los encuestados criticaron la naturaleza dominante e impersonal de las grandes rondas de la sala y las preguntas y respuestas rápidas que se esperan en una entrevista médica, prefiriendo la naturaleza recíproca de las historias, que requiere la construcción de relaciones. De manera similar, algunos encuestados prefirieron hablar sobre la naturaleza impersonal de comunicación médica escrita, como las listas de verificación previas al procedimiento o los folletos de información médica. Los indígenas valoraron la conversación dentro de las interacciones de atención médica; era esencial para su experiencia de cuidado, teniendo el poder de fomentar relaciones de confianza, fortalecer el compromiso y producir resultados positivos.</p> <p>Al mediar en las diferencias de poder entre los profesionales de la salud y los indígenas, la conversación podría reforzar la impotencia, a través de críticas negativas, jerga médica o abstenerse de hablar, o empoderar a los pacientes con una buena conversación, entregada al nivel del cliente.</p> <p>El valor de hablar se demostró en el respeto y la atención que se experimentaba cuando los profesionales de la salud se tomaban el tiempo para hablar con ellos, ya sea personalmente o con la comunidad en general. Las buenas conversaciones son un ingrediente fundamental para mejorar la accesibilidad y el compromiso de los indígenas con los servicios de atención médica, ya que tienen la capacidad de minimizar las diferencias de poder entre los clientes indígenas y el sistema de atención médica.</p> <p>Se percibió una sensación de cuidado y respeto cuando los profesionales de la salud estaban dispuestos a minimizar su poder, su estatus, sus palabras altisonantes, su posición física y relacionarse con su un consumidor o paciente con cuidado, humildad y algo más cercano a la igualdad.</p>	<p>Abril 2013</p>	<p>Moderada</p>	<p>0/0</p>
----------------------------------	-----------------------------	--	--	-------------------	-----------------	------------

McLean, 2021 (38)	Revisión sistemática	Actualizar la información existente sobre intervenciones de prevención culturalmente relevantes en nativos hawaianos.	La mayoría de los estudios se centraron en la prevención del uso de sustancias (33%), seguida de la prevención de obesidad y diabetes (20%), y embarazo y ETS (20%). La mitad de los estudios utilizaron metodologías basadas en la cultura para desarrollar programas o planes de estudios que implicaban procesos o procedimientos de desarrollo desde los valores, creencias y cosmovisiones de las comunidades nativas hawaianas. Por ejemplo, Kaholokula y cols. describen los componentes sociales, educativos y culturales de <i>Ola Hou i ka Hula</i> , un precursor del programa <i>KāHOLO</i> , que integró la danza tradicional de nativos hawaianos (hula) como componente integral de la actividad física de una comunidad programa de prevención de la hipertensión. Los investigadores que emplearon adaptaciones de estructura profunda de los currículos basados en evidencia típicamente utilizaban grupos focales para dar a conocer el contexto y contenido cultural en sus intervenciones. <i>Takishima-Lacasa</i> y <i>Kameoka</i> , por ejemplo, describió un modelo por fases para su adaptación de estructura profunda de "Girl Power", que incluyó la selección de una intervención basada en la evidencia científica, desarrollo de una guía de adaptación en colaboración con las partes interesadas de la comunidad basada en la intervención seleccionada, y grupos focales con niñas para informar la adaptación de contenido de la intervención.	2020	Críticamente baja	0/0
Wilson, 2021 (8)	Revisión sistemática	Identificar los conceptos, principios y valores clave integrados en los modelos indígenas maoríes de salud y bienestar; y determinar cómo estos podrían informar el desarrollo de un modelo relacional de atención centrado en la comunidad Maorí.	Cada uno de estos programas de salud de esta comunidad proporcionaron conceptos y principios culturales para su uso en la práctica de la atención médica. Cinco se centraron en optimizar el compromiso de los maoríes con los servicios de salud, mientras que cuatro se centraron en sus perspectivas de salud y bienestar. Los temas generales que reúnen los conceptos y valores culturales fundamentales para el desarrollo de un modelo de atención centrado en los maoríes son: (1) Dimensiones de salud y Bienestar; (2) <i>Whanaungatanga</i> (conexión); (3) <i>Whakawhanaungatanga</i> (construcción de relaciones); y (4) Sociopolítica y contexto de salud. Cada uno está entrelazado y sustentado por valores y conceptos maoríes críticos que juegan un papel integral en la ontología maorí holística y relacional, influyendo en la salud y el bienestar, la conexión y la construcción de relaciones.	Sin información	Críticamente baja	0/0
Palmer, 2019 (43)	Revisión sistemática	Explorar la conceptualización de las experiencias de los consumidores de los servicios y programas de salud maoríes en Aotearoa Nueva Zelanda. Caracterizar estrategias recomendadas para mejorar las experiencias de los consumidores maoríes que informen las direcciones de las políticas para abordar las	Las acciones recomendadas con más frecuencia para mejorar las experiencias en la atención médica de los maoríes se enfocaron con la reducción del riesgo de exposición a factores nocivos para la salud, como la integración de <i>tikanga</i> (costumbres culturales) en los servicios de salud, intervenciones de alfabetización en salud, aumento de la capacidad de fuerza laboral maorí, participación en el desarrollo de servicios de salud, recursos para la competencia cultural, accesibilidad de los servicios de salud y capacidad de respuesta de los médicos a los consumidores maoríes. Las acciones recomendadas para reducir las consecuencias desiguales de la enfermedad, en términos sociales, económicos y de salud; incluyeron intervenciones culturalmente relevantes, apoyo para la atención basada en <i>whānau</i> (familia extensa) y participación en el sistema de salud, modelos holísticos de atención y prácticas clínicas reflexivas. Las estrategias destinadas a reducir la exposición a factores dañinos para la salud	2018	Críticamente baja	0/54

		inequidades en salud e identificar brechas con la base de evidencia existente.	incluyeron mejores prácticas de referencia, reducción del sesgo de los médicos, mayor conciencia de los determinantes de la salud y provisión de marcos y estrategias de competencia cultural. Las estrategias propuestas alineadas con la mitigación de los efectos de la estratificación socioeconómica y política incluyeron la financiación de los servicios de salud, que está relacionado con el aumento de los servicios de especialistas, las acciones de política socioeconómica y la atención y los programas de salud preventivos.			
Yashadhana, 2020 (40)	Revisión sistemática	Describir la investigación sobre la atención de la salud ocular no clínico para los aborígenes australianos e isleños del Estrecho de Torres, las personas que brindan dicha atención y su impacto en los resultados de la salud ocular.	El análisis cualitativo identificó cinco áreas clave de apoyo no clínico para la salud ocular indígena: coordinación de la atención oftalmológica, integración y vinculación de servicios, apoyo cultural, promoción de la salud y apoyo social y emocional. Las personas que brindan apoyo no clínico incluyen coordinadores de salud ocular, trabajadores indígenas de salud, médicos de atención primaria, familiares, cuidadores y trabajadores de enlace comunitarios. La disponibilidad de apoyo no clínico se asocia con una mayor asistencia de los pacientes a los servicios de atención oftalmológica, tasas más altas de examen de agudeza visual y cirugía de cataratas, mayor conocimiento de la salud ocular y mayor capacidad de respuesta cultural.	2018	Críticamente baja	0/0
Disler, 2020 (39)	Revisión sistemática	Describir las características y los resultados de los estudios que investigan modelos innovadores de atención para personas que viven con enfermedades crónicas en áreas rurales de países desarrollados.	Los resultados relacionados con las poblaciones indígenas fueron escasos en los documentos de EE. UU., Canadá, Australia y Nueva Zelanda: 29/149 (19 %) documentos incluyeron datos en este contexto, y 8 de estos documentos sólo representan a esta población dentro de la línea de base características, sin extrapolar las diferencias en los resultados. Australia y Nueva Zelanda tuvieron la mayor proporción de informes indígenas, con 21/59 (14%) artículos que incluían datos indígenas. Los modelos de servicio innovadores son de creciente interés en la búsqueda de enfoques efectivos y sostenibles en la atención médica rural con 48 (30%) de los artículos que informan sobre varios modelos de atención. La atención de telemedicina tiene un interés creciente para abordar el acceso a la atención y optimizar la evaluación en ubicaciones remotas, con 16 (10 %) artículos sobre el uso de la telemedicina en el contexto rural.	2019	Críticamente baja	0/0
Thewes, 2018 (44)	Revisión sistemática	Revisar sistemáticamente los estudios empíricos sobre la alfabetización en salud del cáncer entre los pueblos indígenas de todo el mundo.	Hay escasez de investigaciones de alta calidad sobre alfabetización en salud entre pacientes indígenas con cáncer. Ningún artículo utilizó medidas formales de alfabetización en salud y no se informaron datos sobre la prevalencia de la alfabetización en salud. De los 7 artículos que describieron intervenciones, solo uno incluyó un grupo de control y el resto empleó métodos cuasiexperimentales. La mayoría de los estudios identificados por esta revisión se centraron en comprender creencias o prácticas culturales específicas sobre el cáncer que influyen en la alfabetización sobre la salud.	2015	Críticamente baja	0/1

Fraser, 2018 (45)	Revisión sistemática	<p>Describir las leyes australianas y modelos internacionales de atención de lesiones por quemaduras en niños indígena.</p> <p>Evaluar estos modelos de atención por su capacidad para facilitar el cuidado seguro y de alta calidad de las quemaduras.</p>	<p>La seguridad cultural se abordó en esta revisión para garantizar que no se estaba privilegiando el conocimiento biomédico occidental. Se utilizó un análisis deductivo para evaluar cómo cada uno de los principios (reflexividad, diálogo, poder, descolonización, cuidado respetuoso) que fueron abordados en los modelos de atención identificados.</p> <p>El análisis identificó marcadas diferencias entre los documentos con respecto al registro de los principios de seguridad cultural, con documentación de orientación directa e indirecta para la atención médica de profesionales que brindan atención en salud y que pueden o no tener experiencia en atención culturalmente segura.</p> <p>Principios: Dos de los documentos abordaron los cinco aspectos culturales. Se encontraron ejemplos de reflexividad en cuatro modelos de atención y se destacó la necesidad de una práctica reflexiva de los profesionales de la salud, sin embargo, no fueron específicamente centradas en las necesidades indígenas u otras culturales. Casi todos los documentos abordaron el principio de seguridad cultural de diálogo.</p> <p>El “diálogo” en esta revisión se refiere al servicio de salud y la capacidad profesional para participar en y permitir el compromiso en la consulta con pacientes y familias. Se encontraron conceptos de diálogo en los documentos relacionados con todos aspectos del proceso de atención al paciente quemado: prevención, admisión, hospitalización, alta y rehabilitación.</p> <p>El concepto de poder dentro del principio de seguridad cultural se identificó en casi todos los modelos, entendido en un contexto de minimización de las diferencias de poder y manteniendo la dignidad. En el centro de este principio, está el empoderamiento de los pacientes y su familia. Las relaciones de poder que modelan la configuración de la atención entre los médicos y las familias, sin embargo, hacen que el verdadero equilibrio de poder sea improbable. Además, la influencia del poder en las interacciones de atención médica puede hacer que el empoderamiento sea dudoso.</p> <p>Casi todos los documentos consideraron indirectamente la decolonización al reconocer el papel clave de la historia en los resultados de salud contemporáneos para la gente indígena.</p> <p>Los modelos en su mayoría describieron la consideración de factores más allá de tener un enfoque puramente médico y brindar atención equitativa al abordar la seguridad cultural. Todos los documentos abordaron la prestación de atención respetuosa, incluida la prestación de atención holística.</p>	Sin información	Críticamente baja	0/0
Mbuzi, 2018 (6)	Revisión sistemática	Examinar la evidencia relacionada con la efectividad de los programas cardiovasculares para los indígenas australianos.	<p>Las características comunes de la eficacia de los programas fueron la integración de los programas dentro de los servicios existentes, la provisión de modelos de entrega culturalmente apropiados con un papel central para los trabajadores indígenas de salud y la provisión de procesos de apoyo para las comunidades, como el transporte. Sin embargo, se observó que los programas modelaron las intervenciones con base a puntos de vista convencionales y carecían de estrategias que integraran el conocimiento tradicional y la prestación de atención médica.</p> <p>Se identificaron muy pocos programas de salud cardiovascular diseñados</p>	2017	Baja	0/0

			<p>específicamente para los indígenas australianos, sometidos a un análisis riguroso.</p> <p>La evidencia disponible, aunque limitada, demostró que las intervenciones dirigidas a la salud cardiovascular indígena y los factores de riesgo relacionados pueden ser efectivas. Los resultados indican que existen oportunidades para mejorar la salud cardiovascular de los pueblos indígenas en todas las etapas del continuo de la enfermedad.</p>			
Brooks y cols, 2022 (5)	Revisión sistemática	Revisión sistemática de métodos mixtos	<ol style="list-style-type: none"> 1. La atención a largo plazo debe diseñarse y prestarse en colaboración con las comunidades y organizaciones indígenas y naciones originarias para garantizar una atención segura desde el punto de vista cultural y contratar y retener a trabajadores indígenas locales. 2. Los centros de cuidados a largo plazo deben incorporar políticas, prácticas y formación del personal basadas en el trauma para prestar servicios culturalmente seguros. 3. Los centros de cuidado a largo plazo deben satisfacer las necesidades individuales de los residentes indígenas y de las naciones originarias de una manera culturalmente respetuosa que incluya la defensa de las creencias, actividades y prácticas culturales, espirituales y religiosas, incluidas las relacionadas con el final de la vida. 4. Un centro de cuidado a largo plazo culturalmente seguro incluye la participación constante de la familia, los parientes y la comunidad indígena en general para mantener una conexión con la cultura y un sentido de pertenencia. 	2021	Alta	0
Červený, 2022 (18)	Revisión de alcance	Resumir los métodos existentes para desarrollar competencia cultural en los enfermeros que trabajan en la práctica clínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dos estudios (Perry 2015 y Slobodin 2021) utilizaron programas de educación en línea, enfocados en fortalecer y comprender la importancia del lenguaje en el entorno sanitario, utilizar intérpretes en la práctica clínica y abordar cuestiones lingüísticas y culturales durante el alta hospitalaria de los pacientes. 2. Un estudio (Celik 2012) utilizó un ciclo Deming modificado de seis fases durante cuatro sesiones de formación. Como afirmaron los autores, la primera fase fue una fase de falta de atención (Desconocimiento), en la que los profesionales sanitarios no eran conscientes de los factores de diversidad en la atención sanitaria y pensaban que estos factores o cuestiones eran irrelevantes para la práctica clínica. La segunda fase fue la fase de sensibilización "limitada", en la que los profesionales sanitarios se dan cuenta de que existen factores de diversidad, pero no los aplican en la práctica clínica. Las dos primeras fases, que los autores añadieron, iban seguidas de las fases habituales del ciclo Deming (Planificar, Hacer, Estudiar o Comprobar y Actuar). El <i>Plan</i> en su estudio significa: prestar atención deliberadamente a la diversidad en la práctica clínica, el <i>Hacer</i> significa aplicar los conocimientos en la práctica clínica, el <i>Estudio o Comprobación</i> significa evaluar los resultados tras la aplicación de cuidados culturalmente diversos, y el <i>Actuar</i> significa la aplicación de cuidados de enfermería modificados basados en ese proceso. 3. Un estudio (McDonald 2021) utilizó una metodología de formación intercultural integral que incluía conferencias interactivas sobre culturas, psicopatología, debates sobre migración y estudios relacionados con los refugiados. 	2022	Moderada	0/6

Maina, 2020 (42)	Revisión de alcance	Identificar el consumo de sustancias y prevención de adicciones para niños de 7 a 13 años.	<p>Se emplearon dos estrategias para desarrollar y aplicar programas de prevención del consumo de sustancias: en el programa escolar ordinario o aplicando como programa independiente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un estudio (Baydala y cols.) tradujo el contenido presentado a los jóvenes a su lengua autóctona <i>Isga</i> y luego se retradujo al inglés. Además, los conocimientos y prácticas indígenas, como las ceremonias, oraciones, narraciones, teorías circulares, experiencias vividas y actividades culturales fueron incluidos a los currículos escolares. 2. Johnson y cols. utilizaron tres tipos de adaptaciones culturales: la adaptación superficial que implica el uso de modismos, lenguaje y fraseología utilizados por el grupo destinatario; las adaptaciones profundas que incorporan elementos que expresan la cultura de la población destinataria, cultura, historia, costumbres, entorno físico y espiritualidad; y la adaptación probatoria que utiliza información empírica de la población destinataria. 	Sin información	Moderada	0/11
Hilty, 2020 (41)	Revisión de alcance	Mapear los componentes de la atención clínica telepsiquiátrica culturalmente competente y los enfoques adoptados por los médicos y los sistemas para aplicarla y evaluarla.	<p><i>"Los sistemas sanitarios rurales deben adaptarse significativamente para ofrecer una atención culturalmente competente a través de la teleasistencia. Los principios, enfoques e intervenciones de la atención culturalmente competente son igualmente importantes en los entornos rurales y urbanos, tanto para la salud en general como para la salud conductual en particular."</i> (41)</p> <p>Los resultados se clasificaron en las siguientes categorías generales áreas de contenido:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Competencias culturales y enfoques asistenciales: la evidencia expone la importancia de brindar opciones de atención profesional y comunicación a los pacientes (p. ej. idioma primario o secundario, atención en persona o telemedicina, médico culturalmente compatible o varios intérpretes). Definir directrices multiculturales que hagan hincapié en la exploración de la identidad y la autodefinición; enfoques basados en la fortaleza para resiliencia; intervenciones adaptadas culturalmente; la prevención, la intervención temprana y la recuperación. 2. Usar directrices de organizaciones y profesionales de salud sobre la atención relacionada con la telemedicina 3. Adquirir competencias en salud telepsiquiátrica o teleconductual: con componentes culturales incluidos. 4. Enfoques para integrar las competencias de salud cultural y teleconductual. 	Sin información	Moderada	0/7
Villarosa, 2018 (48)	Revisión de alcance	Identificar el papel de los trabajadores comunitarios de salud, TSC en la promoción de la salud oral, y materna.	<p>El TSC indígena pertenece a la comunidad y actúa como puente entre los indígenas y los profesionales sanitarios.</p> <p>Área prioritaria 1: Papel de los trabajadores indígenas sanitarios en la promoción de la salud bucodental materna.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoción de la salud oral: tres estudios trataron el rol de los trabajadores indígenas sanitarios como promotores de la salud oral. Se resaltan acciones como <i>"la programación de citas con el dentista, la aplicación de barnices de flúor y la educación sanitaria oral individualizada a niños, mujeres embarazadas y padres en visitas domiciliarias."</i> ▪ Apoyo a la salud oral a lo largo de la vida: <i>"Cinco estudios informaron sobre el papel de los trabajadores de la salud proveyendo servicios de salud oral a"</i> 	Sin información	Moderada	0/22

			<p><i>las poblaciones indígenas a lo largo de toda su vida".</i></p> <p>Área prioritaria 2: Programas de formación en salud oral prenatal para los TSC indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Programas de formación para promover la salud oral materna: un estudio expuso la importancia de entrenar a los TSC indígenas en la promoción de la salud oral para que puedan impartir educación sobre salud oral para niños, padres, cuidadores y futuras madres. No se especificaron estrategias Programas de formación para apoyar la salud oral a lo largo de la vida: 4 estudios tratan este tema. En uno (Pacza y cols.) desarrollaron un programa de formación de tres módulos impartidos en un aula y de 60 horas de formación en el puesto de trabajo. Los módulos abarcaban una introducción a la salud y los conocimientos odontológicos, la salud oral aplicada y la aplicación a su comunidad local. "<i>Dos estudios impartieron formación a través de un taller de uno o dos días que incluía educación sobre salud e higiene oral y tratamientos preventivos, haciendo hincapié en la utilización por parte de los TSC indígenas de juegos de rol, que recibieron una valoración positiva.</i>" <p>Área prioritaria 3: Herramientas de tamización prenatal de la salud oral desarrolladas para los trabajadores sanitarios internos. "<i>Se identificaron cinco artículos que describían una herramienta de tamizaje prenatal de la salud oral para profesionales de la salud no dentales. Los ítems de este identificaban los comportamientos de búsqueda de atención sanitaria del paciente, incluida la utilización de servicios dentales, el estado de salud oral como el dolor dental o de encías, y los factores de riesgo como la frecuencia de vómitos.</i>"</p>			
Rankin, 2022 (20)	Revisión de alcance	Identificar el alcance y la naturaleza de la investigación relacionada con el rol del Navegador de Pacientes Indígenas (IPN) en Canadá, Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda; Examinar las barreras que enfrentan los pueblos indígenas cuando utilizan los servicios de salud occidental. Identificar las brechas potenciales en la evidencia publicada y las prioridades de investigación clave para la formulación de políticas y definición de roles de IPN.	<p>75% (n=12) de los artículos identificaron que los IPN actuaban en el ámbito de la atención del cáncer. El 43,7 % (n=7) de los artículos identificó los IPN que trabajan en APS (consultorios de proveedores de atención primaria) y 18,7 %, (n=3) los que lo hacen en entornos comunitarios (atención domiciliaria) El 12,5% (n=2) de los artículos incluían el rol de IPN en el ámbito terciario.</p> <p>Descripción del rol de IPN: seis roles clave que incluyen navegación de servicios sociales, apoyo holístico a los pueblos indígenas, promoción y capacidad de desarrollo, evaluación de la salud, navegación administrativa y divulgación.</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios sociales: siete actividades, que incluyen: transporte, vivienda, asistencia financiera, organización de referencias y citas, adquisición de alimentos y organización del cuidado de los niños. Papel clave del apoyo integral a los pueblos indígenas: apoyo social, emocional y cultural. El apoyo social fue identificado en el 12,5% (n=2) de los artículos. El apoyo emocional fue en el 25% (n=4) y el apoyo cultural se encontró en el 18,8% (n=3) de los artículos. Promoción y el desarrollo de capacidades: Las actividades incluyeron la comunicación con los pueblos indígenas y la comunicación con los proveedores de atención médica (HCP). Entre los pueblos indígenas, la comunicación ocurre más comúnmente en forma de educación individual o grupal (n=9; 56 %), seguida de la identificación de recursos (n=6; 37 %) y recordatorios de citas (n=1; 6,3 %). Dos (12,5%) de los artículos 	Agosto 2019	Moderada	0/0

			<p>encontraron que la creación de redes y el mantenimiento de relaciones con las agencias de salud locales era una forma de establecer comunicaciones, mientras que las IPN que asistían a citas médicas con pueblos indígenas también se identificaron como otra forma de brindar apoyo de comunicación (n=2; 12,5%).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluaciones de salud: exámenes de salud (n=2; 12,5%), aplicaciones dentales de flúor (n=1; 6,3%), seguimiento de resultados (n=5; 31,3%) y prestación de psicoterapia (n=1; 6,3%). ▪ Navegación administrativa: involucró completar el papeleo para los programas en el 25% (n=4) de los artículos, completar formularios de seguro en el 12,5% (n=2) de los artículos y ayudar con asuntos de tierras, tales como derechos de Tratado y autodeterminación en el 6,3% (n=1). ▪ Divulgación: el IPN participó en la identificación y conexión de clientes con programas de navegación u otros servicios en el 25 % (n=4) de los artículos. <p>Capacitación de IPN y requisitos de funciones: tres (18,8%) artículos identificaron requisitos de funciones educativas, como la finalización de una educación de asistente de enfermería certificada, así como el bilingüismo en navajo e inglés; y el 56% (n=9) de los artículos describieron la capacitación organizacional adicional que se brinda a las IPN, como la competencia cultural.</p>			
Mikhail, 2021 (37)	Revisión de alcance	Resumir la evidencia de los últimos veinte años centrada en las intervenciones de salud reproductiva para adolescentes de las comunidades inuit del Norte de Canadá.	<p>Se encontraron 6 temas relevantes:</p> <p>1. Barreras a las intervenciones de salud reproductiva en el norte: los jóvenes manifestaron preocupación por la confidencialidad, considerado un obstáculo para su salud reproductiva, principalmente en comunidades muy pequeñas. Además, los jóvenes inuit informaron de una falta general de comunicación o educación en materia de salud sexual y reproductiva. En concreto, dijeron tener muchas preguntas sin respuesta sobre las ETS y el VIH/SIDA, pero consideraban que nadie en sus comunidades se sentía cómodo hablando de estos temas. Los jóvenes pidieron más comunicación sobre salud reproductiva y un acceso más fácil a los preservativos. Las intervenciones educativas en torno a la salud reproductiva pueden ser esenciales para reducir las disparidades y promover prácticas sexuales seguras.</p> <p>2. Partería (comadronas): tres artículos hacen énfasis en la necesidad de las parteras inuit como una intervención de salud reproductiva para recuperar el parto tradicional. Couchie y Sanderson destacaron la necesidad de examinar y mejorar los servicios de atención al parto y promover una atención primaria impulsada por las matronas. El objetivo de reintroducir la partería es recuperar la importancia de las tradiciones del parto, sin perder la seguridad de la atención obstétrica moderna. La partería requiere una licenciatura universitaria de 4 años. En Canadá, puede cursarse en una de las siete universidades y posteriormente recibe la certificación de la Asociación Canadiense de Matronas y debe solicitar el registro en su provincia o territorio. Cardinal señala que Canadá también ofrece ocho programas comunitarios de matronas para quienes deseen aprender y ejercer en sus comunidades del norte sin certificación por la asociación.</p> <p>3. Centros de maternidad del norte: Chamberlain y sus colegas llevaron a cabo una evaluación en la que compararon una comunidad con un centro de partos</p>	2020	Críticamente Baja	0/17

			<p>(Comunidad A) con una comunidad sin centro de partos (Comunidad B). El centro de partos de la Comunidad A contaba con dos parteras, un médico general ocasional y un servicio aéreo de evacuación médica en caso de emergencia. En comparación, todas las mujeres embarazadas de la Comunidad B debían trasladarse a un centro urbano para dar a luz. Los resultados de este estudio mostraron que las madres de la Comunidad A sintieron menos estrés durante el parto, gracias a la presencia de familiares y a que las matronas hablaban su lengua materna. Estas mujeres pudieron participar en la toma de decisiones sobre su salud y se sintieron apoyadas psicosocialmente. En general, los miembros de la comunidad señalaron que el apoyo del centro de maternidad es un paso esencial para garantizar su éxito y el de futuros centros de maternidad en la región. y el éxito de futuros centros de maternidad en otras comunidades.</p> <p>4. Pruebas de fibronectina fetal para identificar embarazos de alto riesgo: Entre 2004 y 2007 se realizaron 160 pruebas, que evitaron traslados de madres nulíparas de bajo riesgo y ahorraron cientos de miles de dólares al sistema sanitario canadiense. El inconveniente de estas pruebas es que son costosas individualmente (US\$100 dólares c/u). Muchas madres primerizas son más jóvenes, sobre todo en los contextos nórdicos, por lo que esta intervención tiene una relevancia más directa para las poblaciones jóvenes.</p> <p>5. Clases de educación prenatal</p> <p>6. Intervenciones para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud reproductiva: algunos artículos se referían a la utilización de la investigación participativa comunitaria a largo plazo o la investigación-acción participativa como métodos para mejorar la salud sexual y reproductiva en estas comunidades. Esta forma de investigación se basa en la idea de que el cambio positivo se consigue cuando los miembros de la comunidad y de las poblaciones destinatarias participan activamente en el desarrollo de la intervención y la investigación, y contribuyen de forma significativa a ellas.</p>			
Webkamigad, 2020 (16)	Revisión de alcance	Identificar las necesidades, prioridades y preferencias de atención social y de salud de los adultos mayores indígenas (que viven fuera de los entornos de atención a largo plazo) con condiciones crónicas múltiples (CCM) y sus cuidadores.	<p>La revisión destaca los determinantes clave de la salud que influyeron en las necesidades de los adultos mayores: educación y alfabetización, etnicidad y red y apoyo social (proximal); promoción de la salud y atención de la salud (intermedio); y una combinación de estructuras históricas y contemporáneas (distal).</p> <p>Los temas resultantes describen la necesidad de incentivar y promover:</p> <p>1. Los servicios de salud accesibles: servicios razonable y convenientemente disponibles, y también culturalmente relevantes para la comunidad a la que sirven. Varios adultos mayores comentaron cómo variaba la disponibilidad de servicios en cada comunidad y expresaron la necesidad de más servicios que les permitieran permanecer en sus hogares. Cuando los servicios estaban fácilmente disponibles, el acceso a la información necesaria sobre las condiciones crónicas se percibía como una barrera. Los adultos mayores y sus cuidadores hablaron sobre un historial de maltrato negativo, como lenguaje condescendiente y discriminación. Los participantes también expresaron que el acceso a los servicios dependía en gran medida del apoyo geográfico, de infraestructura y</p>	Mayo de 2017	Alta	0/0

			<p>financiero disponible para las comunidades.</p> <p>2. Necesidad general de desarrollar la capacidad de la comunidad: se derivó de los subtemas de educación, capacitación y conocimiento. La evidencia sugirió que los miembros de la comunidad quieren permanecer en su comunidad cuando acceden a los servicios. Para poder satisfacer esa preferencia, existe la necesidad de educación, apoyo y capacitación, tanto para los proveedores de atención médica, como para los cuidadores familiares informales.</p> <p>3. La importancia de ser atendidos en el hogar por sus familiares y amigos: necesidad de responsabilidad compartida del apoyo social (cuidado) por parte de la unidad familiar y el sistema de gobierno. Se sugirió que se brinde la oportunidad de intervenciones educativas a los cuidadores para ayudar a mitigar la ansiedad y cultivar prácticas de apoyo. Además, se recomendó la capacitación del personal que brinda apoyo en el hogar. Finalmente, se consideró importante crear vías sociales que permitan a los adultos mayores conectarse entre sí y con su cultura a través de actividades de promoción de la salud.</p> <p>4. Preservación de los valores culturales en el cuidado de la salud: para cumplir con sus roles culturales, los ancianos requieren apoyo para abogar por las generaciones más jóvenes; educar a otros sobre la salud y el bienestar, incluido el manejo de enfermedades crónicas; e interactuar con la familia, especialmente con los niños para motivarse a sí mismos para mantenerse saludables, felices y satisfechos.</p> <p>5. El bienestar: surgió a través de los subtemas del autocuidado y las actividades impulsadas por el bienestar. Existe la necesidad de que los adultos mayores y los cuidadores participen activamente en el autocuidado, adquiriendo conocimientos y habilidades asociados con la implementación de enfoques de autocuidado como la relajación y el manejo del estrés; acceder a apoyo y recursos de duelo para reducir la carga emocional y financiera; y acceder a redes sociales y de apoyo grupal para reunir y compartir experiencias, conectándose entre sí y con su cultura. Además, los cuidadores deben recibir capacitación psicológica en el área de apoyo al duelo, asesoramiento y manejo de crisis.</p>			
Marriott, 2019 (9)	Revisión de alcance	Examinar y resumir la evidencia relevante sobre atención culturalmente segura para las mujeres indígenas que utilizan los servicios de maternidad urbana .	<p>Tres muestras de poblaciones de interés para la revisión de alcance fueron seleccionadas: 1) Mujeres indígenas (y sus familias) durante el período prenatal, del parto y hasta un año después del parto (período perinatal) de Australia, Canadá, Nueva Zelanda o EE. UU., 2) Individuos y grupos que cuidan a mujeres indígenas durante el período perinatal y que brindan atención materna dentro organización o estructura formal, 3) Sectores de servicios que utilizan las mujeres indígenas (p. ej. clínicas prenatales u hospitales o pabellones de maternidad) y con proveedores de servicios de salud como se describe anteriormente.</p> <p>Casi todos los estudios (24 de 25) evidenciaron que se consideraron las necesidades culturales de las mujeres indígenas mediante la evaluación de modelos de partería de atención para este grupo, y se identificó información provista por mujeres o miembros de la comunidad o identificados como necesitados de cuidado cultural seguro dentro de la discusión.</p> <p>Diez estudios informaron que las mujeres indígenas se sentían culturalmente</p>	Septiembre 2018	Alta	0/0

			<p>inseguras en la atención por estrés físico y emocional durante su tiempo en hospital, no tener elección en las posiciones de parto; soledad, miedo y aislamiento; y ser juzgado por la cultura. Adicionalmente, identificaron que el personal fue brusco y las mujeres sintieron que estaban haciendo perder el tiempo a las personas; comunicación inadecuada entre el personal del hospital y las madres; problemas relacionados con la alienación y el racismo, y atención impersonal y falta de conexión con el personal hospitalario.</p> <p>Cinco estudios se refirieron a las expectativas de las mujeres indígenas sobre la competencia cultural de las parteras e identificaron que las mujeres que asistieron a los servicios encontraron que las parteras tenían más probabilidades de ser culturalmente sensibles a sus necesidades, siendo mejor la atención para las mujeres recibieron de parteras indígenas y programas específicos para mujeres indígenas.</p> <p>Nueve estudios se refirieron a la competencia cultural de las parteras. Los componentes importantes de la prestación de atención de las parteras a las mujeres indígenas incluyeron: las habilidades de comunicación de las parteras; el apoyo que reciben las parteras de otros proveedores de servicios de salud indígena y miembros de la comunidad; y construir una relación con las mujeres durante el período perinatal.</p> <p>Dos estudios identificaron medidas para evaluar la atención culturalmente segura en las organizaciones de maternidad. Tras una auditoría de 42 servicios de maternidad utilizados por mujeres aborígenes en Australia Occidental; Reibel y cols. utilizaron cuatro indicadores clave para determinar si las mujeres aborígenes disponían de atención prenatal aceptable y culturalmente apropiada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) servicio con un protocolo prenatal específico para aborígenes 2) confirmación de un programa de atención prenatal específico para aborígenes; 3) acceso optimizado por ubicación del servicio y disponibilidad de citas prenatales no reservadas y transporte; y 4) la inclusión de TSC aborígenes como miembros de equipos multidisciplinarios de atención prenatal. <p>Bertilone y cols. realizaron una evaluación con la ‘Herramienta de evaluación de la competencia cultural organizacional’ se describieron e incluyeron hallazgos clave en los nueve dominios de la competencia cultural organizacional: crear un ambiente acogedor; desarrollar, apoyar y mejorar la competencia cultural del personal nuevo y existente; comunicarse efectivamente con los aborígenes; mejorar la prestación de servicios; construyendo relaciones; liderar y gestionar el cambio; brindar atención culturalmente receptiva; facilitar políticas y prácticas culturalmente inclusivas y seguras; y monitorear y evaluar la efectividad de las estrategias.</p>			
--	--	--	--	--	--	--

<p>Berg, 2019 (49)</p>	<p>Revisión de alcance</p>	<p>Identificar y profundizar en las barreras y facilitadores de la competencia cultural y la seguridad en los departamentos de emergencia canadienses.</p>	<p>Perspectiva de los pacientes sobre las barreras y los facilitadores: tres artículos presentaron las perspectivas de los pacientes indígenas sobre la experiencia de atención de emergencia encontrando que la seguridad cultural incluía que los pacientes se sintieran valorados y respetados. Esto fue facilitado a través de ayudantes culturales, apoyo de otra persona con su cultura y lingüística, o “breves interacciones de apoyo” con el personal del hospital. Los pacientes también informaron que los miembros de la familia proporcionaron apoyo mental (apoyo en la toma de decisiones) y apoyo espiritual en el proceso de curación. La comunicación clara sobre las “realidades de la ED” también contribuyó al sentido de seguridad cultural del paciente. Las barreras identificadas por los pacientes incluyen preocupaciones sobre los estereotipos y discriminación, diferencias en los estilos de comunicación o falta de comunicación adecuada, falta de alternativas de cuidado, alienación o sensación de estar lejos de casa, falta de servicios sociales en el servicio de urgencias, ajetreo y falta de privacidad en el servicio de urgencias, restricciones financieras, desconfianza en el sistema médico, no participación activa en los planes de atención, y preocupación por las políticas institucionales.</p> <p>Perspectivas del personal sobre las barreras y los facilitadores: tres artículos presentaron las perspectivas del personal sobre la atención de pacientes indígenas. La capacitación del personal fue vista como un facilitador de la seguridad cultural. Confianza y relaciones, apoyo cultural, inclusión familiar, asociaciones comunitarias y el compromiso de toda la organización con la seguridad cultural también fueron identificados como facilitadores. Los médicos de urgencias reconocen que los pacientes indígenas enfrentan discriminación y experiencias continuas de trauma que les impide culturalmente el cuidado seguro. Los profesionales también identificaron que los recursos insuficientes en el ED, las restricciones políticas y la mala continuidad de la atención tuvieron implicaciones negativas en la competencia cultural.</p> <p>Perspectivas de los poseedores de conocimientos indígenas sobre las barreras y los facilitadores: identificamos perspectivas de “poseedores de conocimiento” indígenas, o individuos que tienen conocimiento de la cultura indígena. Los facilitadores desde esta perspectiva incluyen la adopción de una perspectiva poscolonial, apreciación de la cultura indígena, reconocimiento del papel de la familia, reconocimiento de la importancia de interacciones breves y de apoyo, personal indígena que trabaja en hospitales, comunicación y comprensión de las realidades del servicio de urgencias, educación del personal sobre seguridad cultural y alianzas con comunidades indígenas. Barreras: es posible que el personal de urgencias no sea consciente del contexto de vida de los pacientes indígenas, desconfianza histórica entre las comunidades indígenas y el sistema de salud así como discriminación “tácita y manifiesta”.</p> <p>Perspectivas de las organizaciones de salud sobre las barreras y los facilitadores: los facilitadores desde esta perspectiva incluían brindar capacitación en competencias culturales y mejorar la eficiencia y el flujo de pacientes a través del servicio de urgencias. Las tácticas incluyeron el uso de equipos multidisciplinarios, compartir el conocimiento de las realidades de ED,</p>	<p>2017</p>	<p>Baja</p>	<p>0/0</p>
-------------------------------	----------------------------	--	---	-------------	-------------	------------

			mejorar las referencias y el acceso a atención primaria y servicios especializados. Las principales barreras identificadas incluyen el racismo y los estereotipos experimentados por los pacientes indígenas que buscan atención en el servicio de urgencias, la falta de acceso a la atención primaria y la presencia de disparidades en los servicios de salud.			
Reeve, 2020 (14)	Revisión de alcance	Identificar características de la educación profesional de la salud de pregrado y posgrado para entornos remotos, los tipos de estrategias educativas implementadas y sus resultados informados desde una perspectiva internacional.	<p>El enfoque se hizo para seis temas principales:</p> <p>1) Competencia cultural para trabajar con culturas indígenas en áreas rurales y remotas: una experiencia de aprendizaje del servicio de inmersión cultural de 7 días en una comunidad indígena situada en un lugar rural aislado implicó aprender de los ancianos indígenas, participar en actividades culturales y proporcionar exámenes físicos y de detección en las escuelas. La experiencia evocó reflexiones sobre el privilegio, la comprensión cultural y las barreras a la atención de la salud para los miembros de la comunidad para aumentar la conciencia cultural de los estudiantes de pregrado en enfermería. Además, los cursos cortos que tenían como objetivo enseñar a los alumnos habilidades especializadas para la práctica remota incorporaron un enfoque en las necesidades de salud de la población indígena. Los programas de posgrado incluyeron un enfoque en la salud indígena, por ejemplo, una colocación de 24 semanas en los servicios de atención primaria de la salud en áreas remotas de Australia sumergió a los médicos residentes en la práctica de la salud remota donde atendían a los indígenas en su práctica diaria.</p> <p>2) Inculcar responsabilidad social: la capacitación en entornos rurales y remotos y el aprendizaje para servir a las poblaciones rurales y remotas reflejaron el compromiso de algunas instituciones de capacitar una fuerza laboral con el deseo de trabajar en áreas desatendidas y con poblaciones desatendidas. Una característica clave de la capacitación fueron las experiencias de inmersión en comunidades rurales y remotas para el aprendizaje de servicio o la exposición no clínica a la cultura de la comunidad rural y remota.</p> <p>3) Desarrollo de habilidades rurales y remotas para la fuerza laboral en general: la creación de clínicas de pregrado en entornos rurales y remotos desarrollaron la competencia de salud rural y remota necesaria para practicar en la fuerza laboral general con el objetivo adicional de aumentar la fuerza laboral rural y remota. A veces, las ubicaciones rurales y remotas formaban parte de estrategias institucionales implícitas de responsabilidad social para capacitar al personal de salud con el deseo de atender a las poblaciones desatendidas. Los sitios de colocación incluían hospitales y colocaciones comunitarias dentro de la práctica general u otros entornos de atención primaria de la salud, y con frecuencia eran rotaciones obligatorias durante el curso de educación. Se encontró que las experiencias de inmersión les dieron a los estudiantes una idea de cómo vivir y trabajar en comunidades rurales y remotas, permitieron a los estudiantes desarrollar relaciones comunitarias positivas y desarrollar sus actitudes hacia la práctica en el contexto rural y remoto, y mejoraron su confianza y competencia clínica.</p> <p>4) Especialización a distancia o remota: establecer programas específicos para la salud remota destacó las necesidades únicas de los profesionales de la salud</p>	2019	Críticamente baja	N/A

			<p>que trabajan en entornos remotos.</p> <p>5) Habilidades especializadas requeridas para una fuerza laboral remota: la generalización es una característica de la práctica en áreas remotas y varios estudios proporcionaron con éxito capacitación en conocimientos especializados para profesionales de la salud que trabajan en áreas rurales y remotas. Por ejemplo, la capacitación en atención materna, diabetes y urgencias se brindó a través de cursos cortos impartidos en línea o presenciales en entornos regionales o rurales, y se utilizó una variedad de métodos de enseñanza, incluida la simulación.</p> <p>6) Enseñanza remota: un estudio describió el enfoque de capacitación de capacitadores para los programas de educación en áreas remotas como una estrategia para proporcionar al personal de salud las habilidades para enseñar y capacitar a su fuerza de trabajo de salud remota. Pocos artículos describieron los enfoques, métodos o recursos de enseñanza utilizados en la enseñanza a distancia. Las descripciones del currículo fueron en su mayoría superficiales con algunas excepciones. No hubo descripciones de lo que se hizo de manera diferente para la educación y la capacitación en entornos remotos en comparación con los entornos rurales, aunque un estudio describió los desafíos tecnológicos de entregar materiales educativos a las comunidades aborígenes donde se ubicaba a los estudiantes.</p> <p>En general, un elemento central de la capacitación de profesionales de la salud de pregrado y posgrado para la práctica remota fue la inmersión y la experiencia dentro de comunidades rurales y remotas, con un plan de estudios de apoyo impartido en el campus y durante las experiencias de inmersión. Los resultados del aprendizaje se centraron no sólo en las habilidades clínicas, sino también en destilar una “conciencia” de la práctica rural y remota. La capacitación expuso a los alumnos al contexto remoto donde experimentaron la vida remota e integraron una apreciación de los factores sociales que afectaron la salud de las poblaciones rurales y remotas. La calidad de la formación no era secundaria a esta intención. Muchos estudios informaron resultados de evaluación de estudiantes capacitados en áreas rurales y remotas que fueron al menos equivalentes a los resultados obtenidos por estudiantes capacitados en áreas urbanas y metropolitanas.</p>			
Wali y cols, 2021 (22)	Revisión de alcance	Identificar la información sobre estrategias de investigación-participación (IP) o de estrategias para involucrar a la comunidad,	<p>Pocos estudios han utilizado adecuadamente esta metodología en el diseño y la ejecución de sus intervenciones. Los autores recomiendan que ante la falta de una directriz adecuada sobre los modos de hacer IP, se haga énfasis en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) crear asociaciones y vínculos con las comunidades, 2) obtener la aprobación del estudio, y 3) adaptar su intervención para que se ajuste a las necesidades de la comunidad. <p>También se identificó el uso de diversas estrategias y medios para realizar acciones en salud, las cuales involucraron el uso de aplicaciones móviles, vídeos y distintas ayudas visuales, un sistema comunitario de remisión y clases de cocina y de actividad física.</p>	No se menciona	Alta	ninguno

<p>Puszka, 2022 (47)</p>	<p>Revisión de alcance</p>	<p>Identificar los modelos comunitarios de atención social diseñados para satisfacer las necesidades de los pueblos indígenas en Australia, Aotearoa- Nueva Zelanda, Canadá y los Estados Unidos para informar políticas y la práctica en estas comunidades.</p>	<p>Diez modelos de atención. Se identificaron dos temas generales que abarcan nueve características clave de los modelos incluidos:</p> <p>1. Acuerdos de financiación y gobernanza: se necesita una financiación flexible y racionalizada y estructuras de gobernanza apropiadas para involucrar a los pueblos y comunidades indígenas en el desarrollo, la gobernanza y la gestión de modelos de atención. Entre las estrategias para lograr estos objetivos se identificaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fuentes de financiación dedicadas a objetivos específicos y adaptación de los esquemas de financiación principales: adoptados por 3 modelos, 2 canadienses y uno australiano. ▪ Organización controlada por la comunidad indígena: implementadas en 5 modelos, dos australianos. Un modelo mixto (de manejo externo a la comunidad con participación limitada de esta) no mostró una apropiación adecuada por parte de la comunidad. ▪ Modelos desarrollados por o en colaboración con pueblos, comunidades y organizaciones indígenas: la participación de las comunidades varía de forma diferente en los modelos planteados, mientras mayor es la participación en su desarrollo, más es su apropiación por la comunidad, y el modelo mixto mencionado, que fue desarrollado por agentes externos, fracasó en su transición al manejo por parte de la comunidad. ▪ Disposiciones de financiación flexibles y optimizadas: esto debe ser optimizado en las estructuras gubernamentales que limitan el acceso de las comunidades e individuos a los recursos dado la inflexibilidad de los programas establecidos. Esto se evidencia en un mejor apoyo a la comunidad desde la parte financiera cuando los recursos son dados por organizaciones no gubernamentales. <p>2. Diseño de prestación de servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actividades sociales basadas en el lugar integradas con actividades de la vida cotidiana: tienen a relacionarse con formas de participación más significativas por parte de las comunidades indígenas. En los modelos se incluyeron actividades sociales como visitas al campo, pesca, pintura y preparación de medicinas tradicionales. ▪ Respeto por las normas sociales asociadas con el cuidado personal y el apoyo a las familias: el modelo Lungurra Ngoora incluyó medidas para garantizar que los participantes recibieran atención personal de un miembro del personal del mismo sexo y en una relación de parentesco adecuada con ellos. Tres modelos incluían medidas de apoyo a los cuidadores familiares, como alternativa a la prestación de cuidados personales por parte de cuidadores profesionales, con el fin de respetar los roles sociales en las familias asociados al cuidado. El apoyo brindado a los cuidadores en estos modelos incluye asistencia material como provisión de ropa de cama y subsidios para combustible, servicios de limpieza y descanso. ▪ Enfoques inclusivos e integradores: todos los modelos de atención incluidos en la revisión evitan utilizar el término "discapacidad". Cinco de los 10 modelos integran la atención social para personas con discapacidad con otros servicios relacionados, incluidos los servicios médicos (cuatro modelos), la 	<p>Abril 2021</p>	<p>Alta</p>	<p>0</p>
---------------------------------	----------------------------	--	---	-------------------	-------------	----------

			<p>atención a la tercera edad (dos servicios) y el apoyo a la salud mental (un servicio). Cuatro modelos han adoptado términos inclusivos de lenguas indígenas para nombrar sus programas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estrategias de la fuerza laboral para apoyar las relaciones entre el personal y los participantes: nueve de los modelos revisados adoptaron diferentes estrategias específicas para emplear a indígenas de las comunidades en las que operan. Tres modelos buscaban emplear a indígenas con discapacidad en sus comunidades. Tres modelos emplearon personal indígena local sobre la base de sus roles sociales en las familias y comunidades. Otros dos modelos atrajeron personal indígena local de programas de empleo asociados con los sistemas de seguridad social. Tres modelos adoptaron estrategias para desarrollar relaciones de colaboración entre personal indígena y no indígena, y entre personal no indígena y participantes. <p>Si bien se necesita más investigación y evaluación, los organismos de financiación de la discapacidad y los sistemas de servicios que facilitan estas áreas de prácticas prometedoras pueden mejorar la accesibilidad de la atención social para los pueblos indígenas.</p>			
Choukou, 2021 (13)	Revisión de alcance	Investigar soluciones basadas en telemedicina existentes que se han implementado para atender a los adultos mayores indígenas.	<p>El análisis de los resultados reveló diferentes soluciones basadas en telemedicina para la población indígena de adultos mayores:</p> <p>1) Teleconsulta: se encontraron tres diferentes modalidades para conectar a los pacientes con médicos y enfermeras:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Virtual tipo teleconferencia: se realiza entre la sala de conferencia, usualmente en el centro de salud (centro o hub), y el entorno de atención remoto (los portavoces o <i>the spokers</i>). Puede usarse para atender nuevas remisiones, revisiones, monitorización de tratamiento o seguimiento rutinario. ▪ <i>In situ</i> por medio de clínicas móviles de telemedicina: vía comunicación electrónica, un tratante en el centro puede revisar los hallazgos y supervisar el staff en la clínica móvil. Puede usarse para las remisiones desde el cuidado primario a la atención secundaria y terciaria, para sobrepasar la barrera de la accesibilidad al cuidado avanzado. ▪ Liderado por el terapeuta ubicado en un centro/ciudad vía telefónica: un programa nacional de salud ofrece servicios cada 3 meses, incluyendo 4 llamadas telefónicas, material de apoyo dirigido enviado por correo y consejos de los facilitadores sobre la calidad y cantidad recomendada de actividad física y comida. <p>2. Tamizaje en salud: grupo de plataformas para tamizaje médico que guardan y transmiten la información a centros de cuidado terciario para revisión por el especialista. Las recomendaciones del terapeuta luego se transmiten al sitio remoto utilizando las mismas plataformas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipo para tamizaje remoto: servicio de tamizaje por telemedicina para teleoftalmología y teleradiología. Los datos de los grupos de imágenes son transmitidos a los servidores locales y luego cargadas a una estación de trabajo para que se interpreten por el especialista. ▪ Dispositivo portátil adjunto al teléfono inteligente del paciente: un pequeño 	Mayo 2020	Alta	0

			<p>dispositivo (clips en la parte posterior de la mayoría teléfonos inteligentes) pueden ser usados con un mínimo de entrenamiento y grabar un electrocardiograma de una sola derivación en menos de 30 segundos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispositivos de telemedicina tipo unidad de monitoreo en el hogar y “guardar y reenviar”: involucra la grabación y almacenamiento de datos clínicos en un servidor o dispositivo, luego se transmite la información a un centro de cuidado terciario para ser revisado por un médico o enfermera. Las recomendaciones del médico son luego enviadas al sitio remoto usando la misma tecnología. <p>3. Procesamiento y almacenamiento de datos médicos: permite recolectar, guardar e integrar datos médicos para ser usados en la consulta.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistemas de información: un integrador de telemedicina instalada en los centros de salud comunitarios (incluyendo un registro electrónico de clientes, sistemas de recuperación y recordatorio). El sistema informático mantiene una base de datos de todos los participantes que autorizaron y sus servicios preventivos. Los sistemas de información están diseñados para ser consultados en tiempo real durante la consulta del cliente, para que sirva como un sistema efectivo de recordatorio durante la atención en los servicios de salud acorde con las guías especificadas. <p>4. Promoción de la telemedicina: basadas en aplicaciones y plataformas web que promueven estilos de vida saludables involucrando información culturalmente relevante</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicaciones: las aplicaciones en los teléfonos inteligentes proveen entrenamiento en salud, recursos educacionales basados en la evidencia, seguimiento de objetivos y soporte por pares. Las aplicaciones contienen informaciones culturalmente relevantes como grupos de actividad dados específicamente para un tipo de comunidad, promoción del bienestar a través de conceptos espirituales, costumbres, oraciones, recetas culturalmente relevantes, proverbios, y mensajes motivacionales enfocados culturalmente. Estudios han usado iconos culturales como recompensas virtuales cuando se logran objetivos. <p>5. No se documentó disponibilidad de servicios de telerehabilitación.</p> <p>Enfoque en atención clínica: la evidencia sobre telemedicina para adultos mayores indígenas se centró en diferentes condiciones físicas (cardiología, oncología, diabetes y oftalmología), así como enfermedades mentales y cognitivas, con un enfoque en la evaluación y terapia a distancia. La telemedicina también abarcó los estilos de vida saludables y la participación de los pacientes. El análisis cualitativo de los resultados obtenidos reveló los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Necesidades de telemedicina para los adultos mayores indígenas: tres temas relacionados con las necesidades: “acceso”, “equidad en salud” y “costo”. ▪ Aceptación de la telemedicina para los adultos mayores indígenas: el uso de las soluciones de telemedicina se ha informado en 12 estudios en términos de satisfacción, utilidad percibida y aceptación. Un estudio informó la aceptación por parte de los pacientes y las familias condicionada al respeto por la cultura indígena. ▪ El análisis de un rango amplio de adultos mayores indígenas con diferentes 			
--	--	--	---	--	--	--

			enfermedades crónicas reveló que ellos están buscando tecnologías basadas en telemedicina para facilitar el acceso a la atención en salud, mayor equidad en salud y rentabilidad.			
Shrivastava, 2020 (21)	Revisión de alcance	Mapear sistemáticamente los programas integrados de atención primaria de salud oral disponibles y sus desenlaces en las comunidades indígenas usando el concepto “ver con los dos ojos”.	<p>Del análisis surgieron las siguientes cuatro categorías de programas:</p> <p>1. Programas de prevención y promoción de la salud bucal (n=13): son los más comunes. Las estrategias para la promoción y prevención de la salud bucodental incluyeron educación en salud bucodental culturalmente pertinente, distribución de ayudas y equipos para la salud bucodental, asesoramiento materno durante el embarazo y visitas pediátricas a hospitales comunitarios y escuelas.</p> <p>2. Servicios dentales integrales: varios servicios de salud indígena en Canadá, Estados Unidos y Australia han integrado la salud bucodental en la atención primaria para todos los grupos de edad mediante la incorporación de clínicas dentales a los servicios de atención médica, la prestación de servicios básicos, de emergencia, especializados y de derivación, y el desarrollo de servicios bucodentales.</p> <p>3. Servicios dentales aéreos (fly in, fly out): los profesionales de la salud trabajan en áreas rurales y remotas e inaccesibles volando allí temporalmente. Dyson y cols. Y Jackson Pulve y cols. Informaron sobre un modelo de centro y radio en red de servicios de visitas y programas de dentistas visitantes voluntarios, respectivamente, en una configuración integrada de la atención primaria de salud bucal para las comunidades indígenas en Australia.</p> <p>4. Teleodontología: los hospitales y servicios de salud de Torres y Cape en Australia han integrado la consulta de telemedicina dental para sus centros de salud primarios rurales y remotos.</p> <p>Enfoques para integrar los servicios de salud bucodental dentro de los servicios de salud primarios: se han utilizado diferentes enfoques a partir de cosmovisiones biomédicas e indígenas. Entre los biomédicos para la atención primaria de la salud bucodental integrada fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El liderazgo y la gobernanza: la mayoría de los programas fueron liderados por la colaboración de autoridades federales y agencias gubernamentales provinciales, organizaciones de salud indígena, consejos nacionales de investigación en salud y universidades. Estaban enfocados en el cumplimiento de metas y objetivos en sus planes de acción o estratégicos, o en documentos de política. Además de brindar un servicio de calidad, ofrecieron educación y capacitación continuas para el personal de atención en salud dental y no dental. ▪ La administración y la financiación: muchos programas fueron apoyados financiera y administrativamente por gobiernos, organizaciones indígenas y universidades. Se han desarrollado modelos de financiación para facilitar el acceso a los servicios de salud bucal para estas comunidades, donde se destaca la importancia de la financiación continua para la sostenibilidad del programa. Algunos incluyeron la provisión de servicios básicos de salud oral gratuitos a pacientes y apoyo administrativo para viajes y alojamiento en el caso de especialistas visitantes, otros también proporcionaron servicios de 	2019	Alta	0

			<p>transporte para personas elegibles para radiografías, medicamentos; además, algunos implementaron servicios de transporte entre la escuela y la clínica dental para niños y padres. Las organizaciones incorporaron programas preventivos de salud bucodental en los programas de salud pública, como en los programas de nutrición comunitaria, de bienestar del bebé, de salud materno infantil, de inicio saludable o el de enfermedades crónicas, para permitir una mayor accesibilidad a estos servicios. Varios de los programas enfatizan el desarrollo de sesiones de capacitación para profesionales de la salud no dentales y trabajadores indígenas de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La creación de capacidad: varios programas capacitaron a proveedores de atención primaria de la salud para evaluación del cuidado de la salud bucal. En algunos casos, estos profesionales completaron con éxito el plan de estudios <i>Smile for Life</i>, que proporciona recursos educativos para la integración de la atención primaria de salud bucal. En el programa <i>Brighter Smiles</i>, los residentes de pediatría se capacitaron asistiendo al menos 1 día con el personal dental en el hospital de niños y asistiendo a sesiones académicas sobre temas de salud dental. ▪ La infraestructura y tecnología: estos programas han desarrollado una infraestructura que respalda los servicios dentales primarios integrados y ha hecho provisiones para una clínica dental con instalaciones de servicios de salud primarios. Esto fue realizado por el proyecto <i>Sioux Lookout</i> que desarrolló clínicas dentales básicas en una estación de enfermería y centros satélites. En EE. UU. Los servicios de salud indígena han desarrollado clínicas dentales basadas en hospitales y centros de atención médica ambulatorios. El uso de tecnología permite compartir datos electrónicos que facilitan acceso a la información del paciente, seguimientos, remisiones, acceso, costo, productividad y calidad del aseguramiento. ▪ El trabajo en equipo y coordinación: entre los proveedores de atención dental y trabajadores de la salud incluyendo los trabajadores indígenas de salud, nutricionistas, pediatras y otro personal clínico; además de la participación de profesores y administradores en las escuelas. Esto facilita la coordinación interdisciplinaria y la adecuada remisión. ▪ La práctica basada en la evidencia: para este documento se seleccionaron los programas que se implementarán y evaluarán con base en la evidencia y cuya implementación se decidió según un conocimiento deficiente de la salud bucal, el estado de la salud bucal, el acceso inadecuado a los servicios dentales y la necesidad de dichos servicios primarios de atención de la salud bucal. <p>Los enfoques indígenas incluyeron:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La visión de la salud holística: las comunidades tienen una visión y misión de lograr un bienestar en salud de forma holística (biológico, mental, emocional, y espiritual) por un trabajo en conjunto dentro de un modelo de cuidado en salud multidisciplinario enfocado al bienestar individual, familiar y de las comunidades. ▪ Los servicios culturalmente apropiados: la incorporación de los valores y 			
--	--	--	---	--	--	--

			<p>creencias es necesario para la mayoría de estos programas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La participación comunitaria y la responsabilidad compartida: son esenciales para el éxito de estos programas. Las comunidades indígenas deben dar su consentimiento para participar y desde el diseño del programa se deben involucrar en el manejo y la toma de decisiones sobre el funcionamiento de los programas. ▪ La seguridad cultural: competencia cultural permite desarrollar trabajo en equipo con las comunidades. Debe involucrar a los trabajadores de salud comunitarios que facilitan la provisión de servicios culturalmente apropiados, actuando como un puente entre los proveedores de cuidado primario y miembros de la comunidad. Además, participan en llevar educación y asesoría a los niños y las familias y distribuyen objetivos de promoción de la salud bucal culturalmente específicos, gestionan citas para cuidado dental y aplican capas dentales de flúor. 			
Beks, 2020 (19)	Revisión de alcance	Identificar la evidencia de clínicas móviles de atención primaria de salud implementadas específicamente para poblaciones indígenas en Australia, Canadá, Nueva Zelanda y los Estados Unidos.	<p>Las clínicas móviles pueden brindar atención médica a poblaciones en condición de inequidad en la atención en salud, particularmente en países donde la atención médica puede ser inaccesible debido a barreras de transporte, financieras o culturales.</p> <p>La mayoría de las clínicas móviles se implementaron para atender a las poblaciones indígenas a lo largo de la vida. Esto indica un modelo holístico de atención primaria de salud centrado en la familia, que es una característica preferida de los servicios de atención primaria de salud indígena.</p> <p>Las organizaciones indígenas gobiernan o implementan 14 de las 25 clínicas móviles (56%), y el resto se implementa en asociación con una organización o institución no indígena (n=10) incluyendo gobiernos, organizaciones de salud, entidades comerciales, universidades y organizaciones o fundaciones filantrópicas.</p> <p>Solo 13 clínicas móviles tenían algún tipo de evaluación, todas utilizaron varios enfoques para llevarlas a cabo con gran heterogeneidad. Algunas evaluaciones produjeron múltiples documentos para una sola clínica móvil. La mayoría de las evaluaciones utilizaron métodos cuantitativos de evaluación (n=11) y una de ellas incluyó un análisis de costo-efectividad. Dos evaluaciones utilizaron un enfoque de métodos mixtos, pero solo una de ellas proporcionó hallazgos cualitativos con evidencia de compromiso con las perspectivas y voces de las comunidades indígenas.</p> <p>La revisión identifica brechas geográficas en la implementación de clínicas móviles de atención primaria de la salud para poblaciones indígenas en Australia, Canadá, Nueva Zelanda y EE. UU. lo que indica que estas estrategias aún no se han implementado de forma extensa. Hay escasez de evaluaciones que respalden el uso de clínicas móviles para poblaciones indígenas y existe una necesidad de implementar clínicas móviles específicamente para poblaciones indígenas y compartir sus experiencias. Involucrarse con las perspectivas de las comunidades que acceden a los servicios de las clínicas móviles es imperativo para futuras evaluaciones.</p>	Septiembre 17 de 2019	Alta	0

<p>Schill, 2019 (11)</p>	<p>Revisión de alcance</p>	<p>Identificar estrategias con el potencial de profundizar nuestra comprensión de los enfoques culturalmente seguros para los cuidados paliativos en entornos rurales y de pueblos pequeños en Canadá.</p>	<p>Las siguientes estrategias fueron extraídas de la evidencia:</p> <p>1. Gestos simbólicos o pequeños: varios autores abogan por el uso de modelos de cuidado con una comprensión básica de la cultura indígena que eviten generalizaciones o enfoques pan-indígenas. Por ejemplo, se puede demostrar un reconocimiento básico de los valores culturales indígenas únicos a través de gestos simbólicos o pequeños que sugieran la voluntad de acomodar o dar la bienvenida a los clientes paliativos indígenas. Las estrategias pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Crear un espacio acogedor para pacientes indígenas a través de la exhibición de obras de arte. ▪ Reconocer y participar en el Día Nacional de los Aborígenes ▪ Integrando alimentos culturalmente apropiados en los menús ▪ Proporcionar atención que respete la práctica espiritual en ausencia de servicios de atención espiritual culturalmente específicos. <p>2. Anticipar las barreras a la atención: en particular aquellas que afectan a los pueblos indígenas de manera desigual para guiar la provisión de cuidados paliativos indígenas. Estas estrategias pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso de una escala análoga visual para el dolor ▪ Proporcionar un intérprete de idioma o enlace o, alternativamente, utilizar miembros de la familia para la interpretación cuando sea posible ▪ Consentimiento informado culturalmente apropiado (p. ej. consentimiento oral). <p>3. Respetar a la persona, la familia y la comunidad: esto asegura que los deseos de la persona se cumplan al final de la vida. La evidencia insta a los médicos a considerar que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es posible que los pacientes deban vestirse con ropa específica al final de la vida: puede haber creencias culturales sobre el manejo del cuerpo (p. ej., quién puede tocar), decir el nombre o tomar fotografías del difunto puede ser inapropiado. ▪ Algunos medicamentos pueden interferir con prácticas culturales como la ceremonia o la transferencia de conocimientos ▪ Morir de una “buena manera” requiere una conexión con la tierra para algunos pueblos indígenas: por ejemplo, una ventana visible desde la cama o acceso al exterior. ▪ No se podrá solicitar reanimación, pudiendo ser impropio la declaración explícita de muerte inminente. Las luces o sirenas pueden ser inapropiadas durante el transporte del cuerpo. ▪ Desarrollar modelos de prestación de servicios flexibles y específicos para cada región, que permitan la prestación en las comunidades de origen para permitir la conexión con la tierra, la familia, la práctica espiritual, etc. <p>4. Toma de decisiones compartida: con el paciente y la familia, que puedan adaptarse a las prioridades de las familias indígenas en la planificación de cuidados paliativos. Los ejemplos pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilidad de grandes espacios para acomodar reuniones de un gran número de familiares o amigos. ▪ Dar información a la persona 'correcta' (es decir, culturalmente apropiada), utilizando reuniones familiares para comunicar información, incluidos 	<p>Abril de 2016</p>	<p>Alta</p>	<p>0</p>
---------------------------------	----------------------------	--	--	----------------------	-------------	----------

			<p>familiares o amigos identificados por el paciente o su familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollar un proceso de resolución de conflictos y participación continua después de la muerte para evitar la culpa entre familiares y amigos. <p>5. Participación del paciente y la familia: va más allá de la toma de decisiones compartida para garantizar que la persona, la familia y la comunidad sean consideradas socios iguales con los proveedores de atención en la toma de decisiones. La reorientación del poder resultante puede promover una atención que se alinee con los valores y objetivos culturales de la persona, la familia y la comunidad. Los ejemplos de la evidencia incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hacer tiempo para conversaciones individuales sobre la atención (es decir, “hablar menos sobre y más con”), hacer tiempo y espacio para la retroalimentación de los pacientes y familias para garantizar que entiendan y tengan los recursos y el conocimiento para participar activamente en la atención. ▪ Respetar las decisiones de no tomar medicamentos, respetando y aceptando las diferentes perspectivas sobre tratamiento o cuidado. ▪ Educar a la familia sobre el proceso de morir para facilitar un sentido de empoderamiento ▪ Adopción de una comunicación culturalmente apropiada y centrada en la familia. ▪ Proporcionar recursos para reducir la carga de cuidado de los cuidadores familiares (p. ej. provisión de relevo) ▪ Implementación de programas de defensa de la salud aborigen para apoyar la participación del paciente en la atención y negociar dinámicas de poder entre el paciente y el proveedor. ▪ Reclutar y facilitar la participación de proveedores de atención médica, voluntarios o familiares, amigos del mismo trasfondo cultural. <p>6. Comunicación respetuosa, clara y culturalmente apropiada: a nivel individual, se ha enfatizado la necesidad de que los proveedores y administradores usen una comunicación respetuosa, clara y culturalmente apropiada. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incorporar a los ancianos locales en la planificación e impartición de la capacitación en seguridad cultural (p. ej. mediante el uso de un chat estilo salón de té) para mejorar la relevancia local de las enseñanzas ▪ Promover una comunicación sana, la formación en seguridad cultural debe facilitar la reflexión sobre formas individuales y sistémicas de racismo y juicios ▪ Si bien los médicos individuales deben estar abiertos al cambio para promulgar principios de seguridad cultural y desarrollar confianza con sus clientes, también se deben demostrar relaciones de confianza e intercambio de conocimientos a nivel institucional. <p>7. Apropiación comunitaria de los servicios: es importante la apropiación comunitaria de los servicios paliativos para garantizar que se satisfagan adecuadamente las necesidades de las personas, las familias y las comunidades. Para lograr esto, la provisión de servicios debe ser impulsada por las necesidades de la comunidad y construida sobre sus fortalezas y cultura. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las universidades y los hospitales pueden asociarse con organizaciones 			
--	--	--	--	--	--	--

			<p>comunitarias o líderes indígenas para brindar apoyo y recursos para el desarrollo de capacidades en el desarrollo, la ejecución y la evaluación de programas</p> <ul style="list-style-type: none"> Para las comunidades u organizaciones con menos programas o recursos de atención médica establecidos, un primer paso puede ser involucrar a un comité asesor comunitario o enlace en la planificación y prestación de servicios combinado con el objetivo explícito de desarrollar la capacidad para una mayor propiedad de la comunidad con el tiempo. <p>8) Potenciar la identidad cultural, el conocimiento y las tradiciones: los enfoques de cuidados paliativos efectivos son aquellos que potencian la identidad cultural, el conocimiento y las tradiciones. El empoderamiento significa que la identidad cultural, el conocimiento y las tradiciones se valoran como fuentes legítimas de conocimiento y experiencia durante el proceso de cuidados paliativos y son esenciales para la toma de decisiones. Las estrategias de la evidencia que pueden mejorar el empoderamiento de la identidad cultural, el conocimiento y las tradiciones en cuidados paliativos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Programas educativos que exploren los modelos indígenas de atención y evalúen críticamente el modelo occidental de atención y sus supuestos subyacentes. Trascender la aceptación de la medicina tradicional, reconociendo en cambio el valor inherente de un enfoque indígena de la atención. <p>9) Política: es necesario promulgar una política de atención de la salud culturalmente apropiada e informada en los cuidados paliativos indígenas. Algunos ejemplos de políticas que podrían mejorar la calidad de los cuidados paliativos de estos individuos, sus familias y comunidades incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Certificación y protocolo de servicio culturalmente apropiados, con flexibilidad para reflejar los valores culturales Reconocimiento institucional del papel de la familia en el morir y el cuidado Inclusión de los pueblos indígenas en las estructuras de gobierno y toma de decisiones Priorizar la financiación servicios de atención paliativos basados en la comunidad 			
Peake, 2019 (17)	Revisión de alcance	Identificar los procesos se utilizan para desarrollar recursos de educación sobre la salud para adultos aborígenes e isleños del Estrecho de Torres, y qué los hace efectivos	<p>La síntesis de la evidencia reveló cinco temas:</p> <p>1. Relaciones de colaboración: para implementar herramientas de información de salud efectivas, se debe explorar y utilizar el conocimiento local y del contexto. Esto debe lograrse involucrando a la comunidad en el diseño, implementación y evaluación de la información de salud. El compromiso con la comunidad solo ocurre cuando las relaciones entre pueblos indígenas y no indígenas se basan en la confianza y el respeto.</p> <p>2. Apropiación de la comunidad: aprovechar las fortalezas dentro de la comunidad puede lograr un cambio positivo y la implementación de los recursos de salud. Donde se siguen las pautas para la inclusión y la apropiación parece aumentar el compromiso de las comunidades. La promoción de la salud desarrollada y entregada en conjunto con la comunidad, con la familia y la comunidad, como elementos centrales para el éxito de los proyectos y la</p>	2015	Baja	0

			<p>implementación de iniciativas de salud, con la intención de promover mensajes de salud positivos y evitar centrarse en los comportamientos de salud negativos de la comunidad.</p> <p>3. Falta de evaluación: para permitir una evaluación adecuada y eficaz del material y los programas de educación sanitaria de los aborígenes y los isleños del Estrecho de Torres, esta debe realizarse dentro de esta comunidad, donde los ancianos y actores claves pueden guiar el proceso de una manera culturalmente diferente y aceptable. Esto resulta en el empoderamiento de la comunidad, la promoción de un mayor sentido de responsabilidad por su propia salud y los recursos de salud. La falta de evaluación de los recursos y programas de salud fue evidente en toda la evidencia, aunque la revisión revela que, si bien hay una serie de iniciativas de promoción de la salud potencialmente efectivas y bien aceptadas para los aborígenes y los isleños del Estrecho de Torres, se carecen de metodologías rigurosa para la implementación y evaluación,</p> <p>4 Sensibilidad cultural: la salud de los aborígenes e isleños del Estrecho de Torres se ha descrito como basada en cuestiones sociales, culturales, comunitarias y emocionales, así como en el concepto cíclico de la vida y la muerte y no puede abordarse sin reconocer estas percepciones. Las comunidades deben tener control sobre su salud, lo que requiere información culturalmente apropiada que resuene. La evidencia destaca la importancia de centrarse en los aspectos positivos de la comunidad, donde el conocimiento contemporáneo de la salud debe difundirse utilizando historias y mensajes tradicionales que se vuelven significativos mediante el uso del lenguaje y el arte locales, asimismo, existe la necesidad de difundir esta información, pero esta debe ser relevante para la comunidad y traducirse de manera culturalmente sensible. Los profesionales de la salud aborígenes e isleños del Estrecho de Torres como no aborígenes deben involucrar a los miembros de la comunidad para desarrollar de estos recursos de salud en la comunidad, por medio de estrategias que sugieren el uso de la palabra escrita y las imágenes para relacionarse con la cultura y la comunidad locales y la educación oral cara a cara en el idioma o términos locales para mejorar la entrega de información. La participación cara a cara y la explicación verbal de un tema o recurso de salud son fundamentales para implementar una promoción de la salud efectiva, promoviendo la necesidad de usar mensajes de salud positivos y evitar mensajes estereotipados negativos.</p> <p>5. Alfabetización en salud: proporcionar información sobre salud que ha sido interpretada por la comunidad utilizando sus citas directas mejora la adecuación cultural de la información. Un mensaje consistente de la evidencia es que, si el material es culturalmente apropiado, las personas no necesitan tener un alto nivel de alfabetización para acceder a él. Por lo tanto, la capacidad a largo plazo para desarrollar la capacidad y la sostenibilidad de los recursos de salud de los aborígenes e isleños del Estrecho de Torres depende de la participación y propiedad de la comunidad.</p>			
--	--	--	--	--	--	--

<p>Jongen, 2018 (15)</p>	<p>Revisión de alcance</p>	<p>Reportar las estrategias de intervención, desenlaces y medidas de los estudios incluidos con el propósito de informar la implementación y evaluación de las futuras intervenciones para mejorar la competencia cultural de los trabajadores en salud.</p>	<p>Se encontraron cuatro enfoques diferentes para la formación y la educación en competencias culturales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollo de la fuerza laboral de salud ▪ Educación y formación de los estudiantes ▪ Programas y servicios ▪ Organizaciones y sistemas de salud. <p>Las dos principales estrategias de intervención de la fuerza laboral identificadas fueron:</p> <p>1. Capacitación en competencia cultural: proporcionada al personal sanitario como intervención principal. Entre estas intervenciones encontramos:</p> <p>Desde el abordaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfoque intercultural centrado en la enseñanza de conocimientos y habilidades ampliamente aplicables para la competencia cultural: cinco intervenciones reportadas ▪ Enfoque categórico- enseñar a los practicantes sobre ciertas características, creencias y comportamientos de poblaciones relevantes: seis intervenciones reportadas <p>Desde las comunidades estudiadas (enfoques categóricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Centrado en los indígenas australianos: tres estudios ▪ Específico de los pueblos latinoamericanos: tres estudios ▪ Dos intervenciones de capacitación en competencias culturales también incluyeron algún grado de capacitación en español. <p>2. Otras intervenciones de desarrollo profesional, incluidas otras capacitaciones y tutorías: fue el segundo tipo de intervención más común. Las intervenciones de desarrollo profesional utilizaron tanto la formación como la tutoría o supervisión para aumentar la competencia cultural del personal sanitario.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estrategias de capacitación: cinco estudios brindaron capacitación concentrada en temas o campos de salud o intervenciones específicas ▪ Estrategias de tutoría o supervisión: utilizadas en cuatro estudios. Este tipo de estrategias destinadas a aumentar la competencia cultural se emplearon con profesionales individuales, servicios de salud completos, y profesores y estudiantes de investigación de minorías étnicas. <p>El modo de implementación de la estrategia es otra distinción importante en las intervenciones revisadas. Solo 5 de 16 estudios implementaron una intervención en un entorno de práctica, la mayoría de las intervenciones evaluadas se implementaron en múltiples servicios de atención médica (11 de 16, 69%). Los estudios informaron sobre la intervención brindada en múltiples sitios en un área local, dirigida a trabajadores de la salud de diversos entornos de práctica o brindada a nivel estatal o nacional. Además, hubo gran variación en la frecuencia y duración de las intervenciones de capacitación en competencias culturales lo cual imposibilitó proporcionar un análisis de los efectos de los resultados relacionados con la duración del curso.</p> <p>Las herramientas de medición también presentaron una diversidad significativa entre los estudios para medir los cambios en la competencia cultural, y ningún</p>	<p>Diciembre 31 de 2015</p>	<p>Moderada</p>	<p>0/2</p>
---------------------------------	----------------------------	--	--	-----------------------------	-----------------	------------

			<p>estudio utilizó la misma herramienta de medición.</p> <p>Desenlace de las intervenciones: las medidas de desenlace primarias informadas en las evaluaciones de intervención de desarrollo de la fuerza laboral de competencia cultural revisadas fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocimiento del profesional de la salud: 9/16 estudios ▪ Actitudes o creencias: 5 de 16 estudios ▪ Habilidades: 7 de 16 estudios ▪ Comportamiento: 4 de 16 estudios ▪ Confianza 5 de 16 estudios <p>Se evaluaron resultados de atención médica menos comunes, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ satisfacción del médico (4 de 16 estudios) ▪ satisfacción del paciente (2 de 16 estudios) ▪ confianza del paciente (1 de 16 estudios). <p>La formación y el desarrollo del personal sanitario siguen siendo una estrategia principal hacia el objetivo de mejorar la competencia cultural en los servicios y sistemas de salud. Hay diversos enfoques disponibles para aumentar la competencia cultural del personal sanitario. Sin embargo, los efectos de las intervenciones más allá del conocimiento y las actitudes de los profesionales aún no están claros. Se necesita una evaluación de los resultados conductuales de los profesionales, así como medidas del impacto de la intervención en la atención médica y los resultados de salud, para construir una base de evidencia más sólida.</p>			
Harfield, 2018 (12)	Revisión de alcance	Identificar las características de los modelos de prestación de servicios de atención primaria de salud indígena.	<p>Se identificaron ocho características de los servicios de APS para las comunidades indígenas:</p> <p>1.) La cultura: fue la más destacada, sustentando las otras siete características identificadas. Fue evidente su papel central y estaba integrada en todos los modelos de prestación de APS indígenas. Las estrategias para su incorporación en el modelo de prestación de servicios incluyeron:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La incorporación de valores culturales, costumbres y creencias indígenas locales. Asimismo, incorporar la curación y las prácticas tradicionales ▪ Respetar las necesidades culturales de las mujeres y los hombres: por ejemplo, que las mujeres solo hablen sobre asuntos relacionados con la salud de la mujer con otras mujeres, o servicios y programas específicos de género ▪ Garantizar la participación y control de las comunidades locales sobre los servicios de salud indígena ▪ Crear espacios acogedores, confortables y ambientes familiares: p.ej. a través del uso de Arte Indígena y simbolismo indígena. ▪ Enfocarse en las necesidades del individuo y en la salud y bienestar de sus familias y comunidades. ▪ Desarrollar recursos de prevención y promoción de la salud culturalmente apropiados. <p>2. Servicios de salud accesibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar atención médica asequible sin o a un bajo costo. ▪ Garantizar amplia disponibilidad de servicios, en una variedad de ubicaciones y entornos, incluyendo un mayor horario de atención, consultas sin 	Mayo de 2015	Alta	0/2

			<p>agendamiento previa y transporte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Brindar atención adecuada centrada en generar confianza con las comunidades, garantizando que los pacientes se sientan respaldados y seguros en relación con la privacidad y la confidencialidad. Además, implementar servicios respaldados por el respeto cultural, la justicia social y la igualdad ▪ Garantizar la concientización en las comunidades sobre la existencia de la atención brindada por los servicios móviles y de extensión. <p>3. Participación comunitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantizar la apropiación indígena de los servicios de salud permitiendo a las comunidades poseerlos y administrarlos, al mismo tiempo que puedan exigir una rendición de cuentas de su funcionamiento ▪ Establecer una gobernanza indígena que incluya miembros de la comunidad local en las juntas de gobierno para fomentar la participación comunitaria ▪ Facilitar la consulta, el compromiso y la colaboración de la comunidad para establecer una relación sólida con los prestadores de atención en salud y facilitar el intercambio de información, asegurando que los programas sean diseñados para tener en cuenta el contexto y las necesidades locales, con abordajes culturalmente apropiados, accesibles, atractivos y empoderadores. ▪ Respetar el papel y estatus de los mayores y facilitar su implicación en el trabajo y gobernanza de los servicios. <p>4. Mejora continua de la calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recopilar y utilizar datos para mejorar los desenlaces en salud y satisfacer las necesidades de cada comunidad mediante la evaluación de los programas, la participación en iniciativas de mejora de la calidad, la presentación de informes sobre el desempeño, la identificación de personas que requieren un servicio específico o visitas de seguimiento; y planificación, implementación e impacto del servicio ▪ Evaluar los servicios para medir los beneficios de salud para la comunidad, los resultados económicos, la demografía de referencia asociada con una mayor utilización de servicios, los desenlaces en salud y planes de atención de enfermedades crónicas. ▪ Establecer procesos de mejora de la calidad con enfoque en las condiciones crónicas, monitorear los programas de salud, la gestión y seguimiento de la atención. <p>5. Personal calificado para la atención en salud culturalmente apropiada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Emplear una variedad de personal calificado, tanto sanitario como no sanitario, para satisfacer las necesidades de la comunidad ▪ Establecer una fuerza laboral indígena que comprenda trabajadores indígenas de la salud, de salud mental y sociales, enfermeras, médicos, personal administrativo, gerentes y curanderos tradicionales, quienes son fundamentales para la prestación de los servicios, brindando una amplia oferta de servicios y dentro de algunos servicios modelo realizar la mayor parte del trabajo clínico con los pacientes ▪ Reconocer las responsabilidades del personal indígena en relación con la familia y la comunidad que frecuentemente se llevan a cabo dentro del 			
--	--	--	---	--	--	--

			<p>servicio de salud, como interpretar y actuar como mediadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Brindar oportunidades de capacitación y desarrollo para todo el personal, como capacitación en conciencia cultural para el personal no indígena y capacitación integral para el personal que trabaja en áreas remotas o en aislamiento, los cuales requieren habilidades y conocimientos adicionales para hacer frente a una variedad de necesidades complejas ▪ Capacitación de trabajadores indígenas de salud como un ejercicio de desarrollo de capacidades, incluyendo la atención médica más especializada, como la salud dental o materna ▪ Reconocer la necesidad de construir y hacer crecer la fuerza laboral indígena del futuro mediante el establecimiento de estrategias a largo plazo para asesorar y reclutar estudiantes indígenas en carreras de salud, lo que lleva al personal indígena a capacitarse o estudiar más. <p>6. Enfoques flexibles para la atención</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adaptar enfoques para identificar y satisfacer las necesidades de la comunidad local y brindar una variedad de servicios que sean relevantes, culturalmente apropiados y efectivos. ▪ Integrar los servicios de atención de la salud con un enfoque de equipo multidisciplinario, manejo de casos y continuidad de la atención. ▪ Asociarse y vincularse con otros servicios para promover la integración y cooperación entre todos los servicios de apoyo, brindando una atención holística a través de una visión social de la salud. <p>7. Atención holística de la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar APS integral, holística, que apoye la salud y el bienestar no solo del individuo sino también de su familia y comunidad, e incluya las necesidades mentales, emocionales y espirituales junto con el bienestar físico ▪ Proporcionar la curación tradicional como una opción dentro del servicio de salud ▪ Abogar por los pacientes, especialmente aquellos que se mueven entre otros servicios no sanitarios primarios, secundarios, terciarios y esenciales. ▪ Ofrecer servicios a las personas desde prevención y promoción de la salud hasta la atención de enfermedades crónicas, salud materno infantil, bucal, auditiva, sexual, mental y social, tratamiento del consumo de alcohol y otras drogas, servicios farmacéuticos, cuidado de anciano. y servicios para discapacitados. ▪ Incluir iniciativas de prevención y promoción de la salud desarrolladas y adaptadas a las necesidades de la comunidad local, incluyendo programas generales de detección, de estilos de vida saludables, de intercambio de agujas, de salud para mujeres y hombres, de alimentación saludable, para dejar de fumar y favorecer el ejercicio, prevención de lesiones, y apoyar a las personas para que manejen su propia salud. ▪ Mejorar la alfabetización en salud, particularmente en relación con las primeras señales de advertencia de suicidio, aumentar la conciencia sobre el VIH/SIDA, proporcionar información sobre los daños que provienen del alcohol, el tabaco y otras drogas, comprender el etiquetado de los alimentos, mantener la salud y garantizar que las personas puedan detectar a tiempo 			
--	--	--	---	--	--	--

			<p>cualquier problema de salud dando señales de advertencia y educando en la comprensión de cuándo buscar asesoramiento médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprometerse con los determinantes sociales de la salud apoyando a los clientes en el acceso a la vivienda, el empleo, la educación, los pagos de la seguridad social y apoyando a las personas a través del sistema de justicia, para satisfacer las necesidades de la comunidad a la que sirven. ▪ Proporcionar asesoramiento en relación con iniciativas de salud pública que no estén dentro del alcance normal de la APS, incluida la construcción y mantenimiento de sistemas de saneamiento, vigilancia de enfermedades, salud ambiental, distribución de alimentos y transporte. ▪ Colaborar con otras organizaciones como escuelas, grupos juveniles, prisiones, servicios de atención a personas mayores y discapacitados, y con ayuntamientos, licorerías y tenderos para reducir la oferta de productos nocivos y aumentar la disponibilidad de opciones saludables. <p>8. Autodeterminación y empoderamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilitar la autodeterminación y el empoderamiento de las comunidades indígenas para establecer y administrar sus propios servicios de salud indígena, tomando el control de su propia salud, a nivel individual y familiar, desarrollando resiliencia y permitiendo el empoderamiento de las personas a través de la participación en el programa ▪ Proporcionar empleo y capacitación para promover el desarrollo de la fuerza laboral de salud indígena local y desarrollar esta capacidad de la comunidad. ▪ Facilitar oportunidades de liderazgo para garantizar que el personal de atención médica indígena asuma roles de liderazgo dentro de sus comunidades y brinde modelos positivos para otros pueblos indígenas. ▪ Promover el desarrollo comunitario a través de la organización de actividades más allá de la atención de la salud, como días y campamentos culturales, eventos de reconciliación y otras actividades comunitarias que permiten a las comunidades aprovechar la cultura, aumentar la conexión social y enorgullecerse de su identidad. <p>Los servicios de APS indígenas evolucionaron debido a la incapacidad de los servicios de salud convencionales para satisfacer las necesidades de los pueblos indígenas que a menudo estaban excluidos y marginados de los servicios de salud convencionales. Además, las comunidades indígenas deseaban brindar atención a sus comunidades culturalmente apropiada, integral, holística, accesible y controlada por la comunidad.</p>			
Brooks-Cleator, 2018 (10)	Revisión de alcance	Identificar los componentes claves en las iniciativas de salud culturalmente seguras para la población indígena de Canadá con el objetivo de refinar su aplicación en los entornos de atención médica.	<p>La revisión identificó seis elementos de las iniciativas de salud culturalmente seguras (ISCS) que se han descrito en la evidencia:</p> <p>1. Colaboración y asociación: la colaboración comunitaria, la confianza y el respeto recíprocos, y la inclusión del conocimiento de los pueblos indígenas se identificaron con frecuencia como aspectos de las iniciativas de salud culturalmente seguras. Esta colaboración/asociación debe usarse para informar el diseño y desarrollo de programas de salud para propiciar ISCS. La confianza y respeto que deben incorporar estas relaciones suelen desarrollarse con el tiempo por proveedores de atención médica culturalmente competentes que</p>	2017	Alta	0

			<p>tienen actitudes y valores respetuosos hacia la cultura, el estilo de vida y las elecciones del paciente.</p> <p>2. Poder compartido: el reconocimiento de las dinámicas y la transferencia de poder a los pacientes se identificó como un elemento de las ISCS. Compartir el poder incluye examinar la distribución del poder y empoderar al paciente. Los proveedores de intervenciones en salud culturalmente seguras deben reconocer su poder y privilegio y cómo es inherente a la estructura de atención médica dentro de una sociedad poscolonial. El empoderamiento de los pacientes puede ocurrir cuando las fortalezas de un paciente se ven como un recurso, y este empoderamiento incluye a los pacientes que tienen la capacidad exclusiva de definir si sus interacciones con un proveedor de atención médica fueron culturalmente seguras. La seguridad definida por la persona atendida transfiere el poder de los proveedores de atención médica a los pacientes para evaluar sus propias experiencias</p> <p>3. Abordar el contexto más amplio de la vida del paciente: a través de ISCS, los proveedores de atención médica consideran el contexto más amplio de la vida del paciente al respetar sus valores y prácticas culturales, el apoyo de la familia y la comunidad, y utilizar un determinante social indígena de enfoque de salud. Para brindar atención culturalmente segura, los proveedores de atención médica deben comprender el contexto histórico en el que se lleva a cabo la interacción y sus impactos traumáticos en los pueblos indígenas en la actualidad. Por ejemplo, los proveedores de atención culturalmente segura reconocen el colonialismo como un determinante indígena de la salud entre muchos otros factores sociales, económicos y políticos que afectan la atención de las poblaciones indígenas.</p> <p>4. Ambiente seguro: incluye prácticas entre los proveedores de atención médica como no juzgar, uso de recursos culturalmente relevantes y brindar un espacio que apoye las culturas indígenas. Estos entornos son espacios libres de racismo y estereotipos, donde se entienden las identidades de los participantes y se escuchan sus voces. Los entornos físicos y emocionales culturalmente seguros hacen que los participantes se sientan bienvenidos y familiares, mientras que desalientan los comportamientos y atributos que hacen que los participantes se sientan rechazados o inseguros. Hacer referencia a la cultura a través de colores, imágenes, símbolos y temas es clave en las estrategias y entornos físicos culturalmente seguros de promoción de la salud; sin embargo, es necesario apreciar la diversidad de la población indígena. Por lo tanto, los recursos utilizados deben adaptarse lingüística y culturalmente a la población.</p> <p>5. Autorreflexión a nivel organizacional e individual: realizada a nivel del proveedor de salud y las organizaciones sobre dinámicas de poder, creencias e historia se mencionó con frecuencia en la evidencia sobre ISCS. Culturalmente seguro es más que aprender sobre otras culturas, es “lo que haces con ese conocimiento, ya sea que eso signifique examinar tus propios prejuicios o desafiar los de una institución o sistema de salud”. La autorreflexión sobre los prejuicios personales, más específicamente, sobre las “actitudes, entendimientos y acciones sobre los aborígenes”.</p> <p>6. Capacitación para proveedores de atención de la salud: existen programas de</p>			
--	--	--	--	--	--	--

			<p>capacitación en competencias culturales y se difunden a través de diversas instituciones educativas y organizaciones de salud. Esta capacitación para los proveedores de atención médica se mencionó repetidamente como importante en las descripciones de ISCS cuando los proveedores de atención médica no eran indígenas. El aprendizaje sobre la cultura indígena, así como la participación en la autorreflexión, se revelaron como aspectos de dicha capacitación, pero en la evidencia revisada, se proporcionaron pocos detalles sobre el contenido de los programas de capacitación.</p> <p>Las barreras para implementar los componentes de ISCS resaltan la necesidad de una mayor alineación entre los socios y dentro de las organizaciones. Las organizaciones deben examinar las políticas y prácticas, y modificarlas si es necesario, para abordar las inquietudes de las iniciativas culturalmente inseguras. Por lo tanto, debe entenderse que alterar tales prácticas no constituye un trato injusto, sino que puede ser necesario para brindar una atención equitativa y culturalmente segura. Dado que el sistema de atención de la salud actual se ha definido repetidamente como inseguro para las poblaciones indígenas, lo que se demuestra a través de las persistentes desigualdades en materia de salud, todos los socios del sistema de atención de la salud, incluidos los proveedores de atención de la salud, los investigadores y administradores deben estar dispuestos a presionar para generar cambio en la forma de atención. Es el reconocimiento del impacto de la cultura en la salud de un individuo y estar abierto al cambio dentro de nuestro actual sistema de atención médica lo que permitirá el desarrollo de iniciativas culturalmente seguras con las poblaciones indígenas en Canadá.</p>			
--	--	--	--	--	--	--

Anexo 2. Resumen de los hallazgos de otros recursos

Estudio	Organización	Tipo de recurso	Fecha de publicación	País	Hallazgos clave
Segovia y Monteza, 2022 (30)	Gualberto Segovia Meza & Betty Marleny Monteza Facho	Artículo revista	2022	Perú	<p>Se adecuó un modelo de innovación basado en el Modelo de Excelencia en la Gestión de la Innovación (EMOI), que ayudó a tener una visión más clara sobre la gestión del cambio en los servicios de salud. El modelo se basa en 4 componentes:</p> <p>C1. Impulsores de la innovación: Identificar a los impulsores del cambio, consolidar un equipo en el control de la tuberculosis; Comprender la organización y gestión para la tuberculosis; comprender las necesidades de los usuarios con tuberculosis.</p> <p>C2. Propuesta de valor de la innovación (Plan de Cambio): Se define un plan de cambio para la prevención y control.</p> <p>C3. Espacios para la innovación: Reuniones de gestión del cambio (mejora continua de la calidad con enfoque intercultural)</p> <p>C4. Resultados de la innovación: evaluar los resultados del cambio en la prevención y control.</p> <p>Diseño de reuniones de gestión del cambio: "<i>Las reuniones de Gestión del Cambio son el motor para generar el cambio en los espacios de innovación (C3), son importantes para incorporar la interculturalidad a partir del registro de los códigos étnicos en los servicios de salud y promover mejoras en la gestión de los recursos humanos en salud, gestión del sistema de información, gestión clínica en la atención a los pacientes con tuberculosis, u otros problemas sanitarios</i>" (30).</p> <p>El diseño de estas reuniones tiene 4 momentos:</p> <p>Momento de preparación (preparación logística de la reunión)</p> <p>Momento 1: Presentación de problemas de prevención y control de la tuberculosis en los diferentes grupos étnicos identificados; se realiza una reflexión crítica de la práctica en relación a los problemas en el establecimiento de salud.</p> <p>Momento 2: Se priorizan los problemas identificados y se clasifican los mismos "como "menores", que requieren organización y gestión rápida por el equipo de trabajo, o "mayores" aquellos que necesitan la participación de otras unidades, servicios, mayores recursos, u otras instituciones". Para estos últimos se elabora un proyecto de calidad con enfoque intercultural.</p> <p>Momento 3: Se proponen acciones que permitan el abordaje de los problemas priorizados como menores. "Acciones sencillas como implementar cartillas con los códigos étnicos en todos los consultorios médicos, capacitaciones sobre interculturalidad y códigos, mejoras en captación de sintomáticos respiratorios, o problemas de insatisfacción del usuario"</p> <p>Momento 4: "Reuniones de monitoreos semanales o quincenales de los acuerdos o cambios propuestos, se evalúan los resultados de mejoras (acciones transformadoras y su aprendizaje).</p>
Secretaría de salud de México, 2020 (32)	Ana Moreno Castro	Informe de política	2020	México	<p>Esta acción gubernamental tiene cuatro objetivos esenciales:</p> <ol style="list-style-type: none"> Acceso. Propiciar el acceso a servicios oportunos y eficientes de salud, con calidad técnica, humana e intercultural. Trato con dignidad. Ofrecer un trato como seres humanos con una particularidad social, cultural y emotiva, en condiciones de respeto, escucha, horizontalidad y dignidad, tomando en cuenta sus necesidades, expectativas y cosmovisión. Visibilidad. Identificar y visibilizar la presencia de la población indígena y afromexicana en los diferentes ámbitos de salud considerados en la sociedad. Empoderamiento. Reconocer los derechos constitucionales para que la población indígena pueda decidir sobre su situación y apropiación de su salud.

				<p>Estrategias:</p> <p>1. Acceso. Se plantean redes funcionales de flujo real de pacientes en los servicios de salud. <i>"Es una metodología fundamentada en el enfoque de sistemas, que responde a las dificultades y barreras que existen para articular los servicios como un sistema integrado, tomando en cuenta los sistemas de referencia y contrarreferencia, comunicación telefónica y radial, transportación segura y pertinente, así como los sistemas administrativos y de apoyo"</i> (32). Esta metodología parte del reconocimiento de la existencia de distintas redes o procesos (médicos rurales, trabajadores sociales, centros de salud, etc.) existentes en el territorio y busca interconectarlas.</p> <p>Metodología: Para la definición de la red funcional de flujo real, se lleva a cabo una reunión de los actores de la red en donde participen todos los actores pertenecientes a las diferentes redes, además de representantes de las poblaciones indígenas o que trabajen de cerca con ellos. En dicha reunión se tratan los siguientes temas: 1. Caracterización de la Red; 2. Integración de acciones por unidad y red; 3. Diagnóstico de las fortalezas y debilidades de cada red.</p> <p>2. Trato con dignidad: Aquí se propone un enfoque intercultural de los servicios de salud a los pueblos indígenas que <i>"considera que los usuarios al momento del contacto con el personal de salud, manifiestan, además de su enfermedad, la concepción que tienen de ella y cierta preferencia por formas propias de tratamiento"</i> (32). Prestar servicios de traducción en todas las unidades y servicios de salud es elemento fundamental en la atención intercultural para los pueblos indígenas y afromexicanos. Esto significa que se tiene que incorporar y asegurar la traducción en las lenguas indígenas que se hablen, en los hospitales que atienden población indígena en todos los turnos y servicios, lo que implica contar con intérpretes traductores capacitados para la traducción en la temática de salud. También es importante <i>"escuchar e identificar la forma en que desde su cosmovisión y cultura espera que se realice la atención médica, su concepto de la calidad de dicha atención"</i>(32). Para esto se construyeron una serie de indicadores que permiten conocer sus percepciones respecto a la atención que les prestan. 1.- Respeto a la libre expresión con respecto a prácticas y creencias. 2.- Satisfacción con la exploración física recibida. 3.- Satisfacción con el tiempo de atención. 4.- Uso de la lengua indígena en la unidad de salud. 5.- Satisfacción de las usuarias por un trato que permita la toma libre e informada de decisiones sobre su salud y su cuerpo. 6.- Existencia de condiciones de acceso a la unidad de salud.</p> <p>3. Visibilidad. La Estrategia de los <i>"Grupos interinstitucionales e intersectoriales para la atención a la salud de pueblos indígenas y afromexicano"</i> (32): Para visibilizar los pueblos indígenas en las acciones institucionales gubernamentales es fundamental la identificación a las personas y pueblos indígenas, su situación particular en la temática abordada según sus atribuciones y definan estrategias y acciones específicas para mejorar su situación en estos campos. <i>"En lo concreto, se promueve y realizan reuniones periódicas generales y temáticas donde cada institución exprese las actividades que realiza respecto a los pueblos indígenas, el presupuesto que tiene etiquetado para ello, sus problemáticas, resultados y que requiere de otras áreas para mejorar su impacto, estableciendo acuerdos de colaboración"</i>(32).</p> <p>4. Empoderamiento. Es un elemento fundamental que parte de reconocer los derechos constitucionales de la población indígena, para que pueda ser protagonista y sujeto de las acciones en salud que le conciernen, que le permita la toma de decisiones y obtener las condiciones para la apropiación de su salud. Para esto el modelo de participación comunitaria intercultural es un instrumento que favorece la toma de decisiones de la comunidad de acuerdo con las necesidades e intereses de los individuos que la conforman. En este modelo la institución proporciona información para que la comunidad pueda entenderla y utilizarla a su provecho. Posteriormente, la comunidad amplía su visión de la problemática en salud, prioriza, toma decisiones y diseña un plan de acción que se presenta a la institución para que esta defina acciones concretas. Por último la institución retroalimenta y amplía su visión de la problemática y se compromete a definir acciones específicas para tratarla.</p>
--	--	--	--	---

<p>ORAS-CONHU 2019 (28)</p>	<p>Organismo Andino de Salud</p>	<p>1/08/2019</p>	<p>Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela</p>	<p>"El propósito de esta política es ofrecer insumos para el desarrollo de políticas en los países andinos y aportar a la superación de las inequidades en salud de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos, contribuyendo a garantizar el acceso a la salud integral respetando las particularidades y saberes culturales, el fortalecimiento y articulación de sistemas médicos y espacios de concertación social" (28).</p> <p>Líneas estratégicas:</p> <p>1. Fortalecimiento de las competencias del recurso humano con enfoque intercultural en salud: "tomar medidas pertinentes para contar con personal de salud con competencias culturales para trabajar con indígenas, afrodescendientes y otros, así como también promoverán, intensificarán y ampliarán los programas de sensibilización, formación y capacitación en salud intercultural y derechos colectivos para profesionales y personal que trabaja brindando servicios de salud en zonas con poblaciones indígena".</p> <p>Acciones puntuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar propuestas de contenidos para sensibilizar y capacitar a tomadores de decisiones en gestión de la interculturalidad ▪ Elaborar e implementar programas de capacitación continua para el personal de salud que trabaja con población indígena ▪ Intercambiar experiencias entre los países andinos ▪ Realizar abogacía continua con autoridades de las universidades que forman al recurso humano en salud para la incorporación del enfoque intercultural en las mallas curriculares. <p>2. Reconocimiento, protección y fortalecimiento de la medicina tradicional: "Garantizar el reconocimiento y protección de los conocimientos colectivos, recursos y sabiduría de la medicina tradicional y/o ancestral, así como promover el ejercicio de la medicina tradicional o ancestral de los pueblos indígenas"</p> <p>Acciones puntuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseñar la plataforma virtual con los documentos nacionales que se generen en los países andinos sobre el reconocimiento de la medicina tradicional ancestral y los resultados ▪ Generar espacio o encuentros que posibiliten intercambio de conocimientos, saberes y prácticas sobre la medicina tradicional ancestral entre pueblos indígenas con la medicina occidental ▪ Propiciar acciones intersectoriales que promuevan el reconocimiento y la protección de los saberes de la medicina tradicional ancestral de pueblos indígenas. <p>3. Desarrollo de mecanismos que permitan la articulación de la medicina occidental con la medicina tradicional ancestral en la prestación de servicios de salud: "ofrecer servicios de salud integrales y de calidad con pertinencia cultural, que aseguren acceso y cobertura; que incluyan orientaciones técnicas, guías, protocolos, normas y reglamentos; así como facilitadores interculturales, ajustes de horarios, señalización, materiales y diseños arquitectónicos, entre otros, que respondan a la realidad sociocultural de las poblaciones."</p> <p>Acciones puntuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar políticas, programas y planes que incluya población indígena, afrodescendiente y otros en el marco del Política Andina de Salud Intercultural ▪ Elaborar protocolos de no discriminación y de atención basado en el reconocimiento y respeto a la población indígena ▪ Realizar proyectos pilotos que permitan la articulación de las actividades de profesionales y médicos tradicionales, parteras entre otros, en las redes de salud. ▪ Realizar proyectos pilotos sobre la atención y adecuación sociocultural. ▪ Generar estrategias para la implementación de servicios de salud con pertinencia cultural para población indígena en todas las instituciones prestadoras de salud. <p>4. Sistemas de información: "fortalecer los sistemas de información incluyendo la variable de "pertenencia" o "autorreconocimiento" en todos en los registros estadísticos (encuestas, observatorios, estadísticas vitales) de los servicios de salud, así como la definición de indicadores que permitan identificar los determinantes sociales de la</p>
--	--------------------------------------	------------------	--	--

					<p>salud, la organización y gestión de los servicios de salud, la situación de salud y el perfil epidemiológico sociocultural de estos pueblos".</p> <p>Acciones puntuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Proponer la incorporación y fortalecimiento de la variable etnia y pueblos originarios que incorpore pueblos indígenas, en los sistemas de información y estadísticos de los Ministerios de Salud Seguir el proceso de implementación y monitoreo del cumplimiento de la aplicación de la variable etnia y pueblos originarios en los sistemas de salud y estadísticos de los ministerios de salud Generar mecanismos para garantizar el uso de la información en la formulación de políticas, planes, programas y proyectos. <p>5. Investigación en salud intercultural: "medidas, bajo normas del respeto a las personas y poblaciones definidas por la bioética, para estimular la investigación relativa a la salud y perfil epidemiológico de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros, la que deberá tener una doble dimensión: multidisciplinaria y participativa."</p> <p>Acciones puntuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Actualizar el Análisis de Situación de Salud de las poblaciones indígenas Realizar investigación sobre la percepción de la salud Elaborar y socializar un protocolo para el cumplimiento de las normas y principios éticos para investigaciones en el sector salud en poblaciones indígenas. <p>6. Transversalización del enfoque intercultural en el marco de la determinación social de la salud y de los programas de salud: "Este proceso que es intrasectorial deberá realizarse con la participación de los pueblos, generándose condiciones para realizar trabajo en equipo, diálogos interculturales, donde se analicen los factores de riesgo y se potencien los factores protectores."</p> <p>Acciones puntuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar y sistematizar a nivel regional el estado del arte de la transversalización del enfoque intercultural en los países andinos, en programas claves Elaborar y aplicar una propuesta para la transversalización del enfoque intercultural en las áreas y programas de los ministerios de salud de los países andinos Dar seguimiento a la incorporación del enfoque intercultural en los planes de trabajo de los Comités Andinos del ORAS CONHU. <p>7. Alianzas estratégicas: establecer alianzas y acuerdos de cooperación con instituciones nacionales e internacionales, así como con instituciones regionales y subregionales que contribuyan con su implementación.</p> <p>8. Participación social en el desarrollo de políticas, estrategias y acciones: Medidas para que los pueblos indígenas participen de manera directa en planificación, toma de decisiones, ejecución y evaluación de la salud intercultural, en corresponsabilidad con la estructura estatal de salud y los otros sectores.</p> <p>Acciones puntuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar mecanismos que propicien la participación de los pueblos indígenas en instancias donde se toman decisiones relacionadas a la salud Elaborar y ejecutar propuestas para fortalecer la participación social organizada de los pueblos indígenas en la definición de políticas, estrategias y acciones en salud.
Villegas, 2018 (23)	Angélica María Villegas Manrique	Tesis maestría	30/07/2018	Colombia	<p>"El modelo intercultural de atención y prestación de servicios de salud para la población indígena del departamento del Amazonas se puso en marcha con una prueba piloto en el mes de febrero del año 2011 y culminó ese mismo año en el mes de diciembre, se lograron importantes resultados y evidencia de la factibilidad de articular la medicina tradicional con la medicina occidental, y se caracterizó por la inclusión de diferentes factores constitutivos de un arreglo institucional con la inclusión de referentes normativos, organizacionales y de coordinación atendiendo a las diversidades culturales del territorio y de las apuestas de los planes de vida propios de las comunidades y planes</p>

				<p><i>territoriales de salud del gobierno, concertando diferentes necesidades e intereses que estaban en juego. Lo anterior sugiere que en un modelo de atención intercultural deberían configurarse arreglos institucionales que incorporen las diversidades referentes culturales que están en juego"</i> (23).</p> <p>Proceso operativo de diseño del modelo Intercultural:</p> <p>Fase 1: Contratación de profesionales (originarios del territorio) en antropología y ciencias políticas que desarrollaron una investigación de campo para comprender las necesidades reales de los territorios indígenas en materia de salud, a través de métodos de consulta previa, concertación entre los actores indígenas, consolidando unos principios, acciones y resultados producto de la interacción con las comunidades indígenas.</p> <p>Fase 2: consistió en pasar de los requerimientos de las bases sociales a la viabilidad de una propuesta de intervención en salud para pueblos indígenas. Se tomó una decisión política al interior de la Gobernación de consolidar el diseño e implementación del modelo intercultural y así se dio comienzo al proceso de socialización y consenso con los demás actores responsables.</p> <p>Fase 3: negociación y construcción de la propuesta de manera conjunta entre los demás actores responsables de la salud de los pueblos indígenas. Propuesta que pasó a debate público al interior de un mecanismo de coordinación muy importante y determinante de procesos indígenas que es la MPCL (mesa permanente de coordinación interinstitucional). En esta fase se conformó la red de actores que orientaron y aportaron el diseño de la propuesta.</p> <p>Fase 4: formación y adopción del arreglo institucional de manera que se construyeron las estrategias de atención y prestación de servicios interculturales, el esquema de operación, se definió la estructura organizativa en la que la coordinación y orientación de la experiencia estuvo a cargo de la secretaria de salud departamental, mediante el GISP, quien acordó con cada territorio, fechas para el ingreso, bajo principios y acciones que fueron concertados previamente, el Hospital en coordinación con las EPS, construyeron planes de acción con asignación de recursos financieros y humanos acordados con cada territorio indígena para los ingresos a campo y asegurar la atención diferencial.</p> <p>En esta etapa se realizaron una serie de mesas de trabajo para delimitar los campos de intervención de cada entidad, las reglas, principios y acciones y se vincularon al modelo entidades como el ICBF y las Fuerzas Militares para hacer parte del arreglo, actores que aportaron actividades sociales y de abordaje a la familia en contextos dispersos geográficamente y con amplia riqueza cultural como son estas zonas.</p> <p>Hay aspectos claves que sirvieron en la implementación del modelo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mecanismos de resolución de conflictos – Reglas, Instituciones formales y no formales: Las relaciones de poder entre los actores tenían una regla central que consistió en que la coordinación de toda la experiencia tenía un liderazgo claro para el arreglo institucional para la implementación del Modelo, que fue el de la Gobernación de Amazonas, a través del GISP (oficina de Salud Pública de la SSD). Igualmente, el GISP, reconoció la autoridad de los actores indígenas, sus planes de vida, así como sus autoridades ancestrales y el saber propio en cada plan de acción ▪ Lógicas y arreglos de coordinación en la implementación: Establecimiento del papel y actividades específicas debía realizar cada actor involucrado ▪ Procesos y procedimientos para la atención: Articulación de la medicina tradicional con la medicina occidental en la forma de abordar los temas de salud pública y prestación de servicios de salud de primer nivel. Se dio a través de los equipos extramurales, que realizan acciones de promoción y prevención, plan de intervenciones colectivas y atención y prestación de servicios de primer nivel.
--	--	--	--	--

<p>Calambas, 2022 (24)</p>	<p>Angy Dayana Guerrero Rosero, Melisa Alejandra Calambas Pardo, Jorge Sotelo Daza. Universidad del Cauca.</p>	<p>Documento técnico</p>	<p>1/02/2022</p>	<p>Colombia</p>	<p>El cuidado de la mujer dadora de vida, en la IPS-I hospital Mamá Dominga – Guambia – Cauca, se basa en un programa que inicia desde la captación temprana de todas las mujeres con intención reproductiva a corto plazo, las mujeres gestantes, en parto y posparto, red de cuidado y el recién nacido hasta los siete días de su nacimiento, del pueblo indígena Misak, para brindar atención preconcepcional, control prenatal, curso de la preparación para la maternidad y la paternidad, consulta de odontología, consulta de nutrición, atención del parto, atención del puerperio, atención de emergencias obstétricas, atención del recién nacido, atención de las complicaciones perinatales y postnatales del recién nacido y control del recién nacido; hasta proporcionar un manejo integral, un seguimiento y una vigilancia eficaz.</p> <p>1. Intervenciones individuales:</p> <p>1.1 Preparación de la tierra (atención preconcepcional): se realiza evaluación del riesgo preconcepcional, indicaciones de método tradicional cultural para la concepción, asesoría y provisión de un método anticonceptivo. Se incluyen actividades de medicina occidental y medicina tradicional. De la primera, se realiza una anamnesis, examen físico, y se determina un plan integral de salud (laboratorios, medicamentos). En cuanto a lo tradicional, se realiza un "amarre" de plantas "emplasto" en la parte pélvica de la mujer. El personal en esta atención está compuesto por médico, enfermera y partera. La duración de la atención es consulta inicial: 30 min, control seguimiento: 20 min, consulta partera: 30 min.</p> <p>1.2 Armonización de la semillera (control prenatal): se busca asesorar sobre opciones durante el embarazo, realizar la inscripción de la mujer gestante en el control prenatal, valorar el estado de salud de la gestantes, identificar factores protectores y de riesgo biológicos y psicosociales, detectar tempranamente alteraciones, brindar información en salud, establecer el plan integral de cuidado para la salud, asesorar sobre los procedimientos y procesos naturales durante gestación, parto y puerperio. Se incluyen actividades de medicina occidental y medicina tradicional. En cuanto a medicina occidental, se realiza consulta prenatal, plan de parto, y se tienen en cuenta todos los instrumentos, insumos y dispositivos. En cuanto a lo tradicional, se realiza primera consulta con partera a los 4 meses de embarazo, procedimientos naturales con plantas y masajes, controles prenatales culturales con partera y médico tradicional. Se espera que las pacientes tengan mínimo 7 controles.</p> <p>1.3 Limpieza y armonización de madre y padre (curso de preparación para la maternidad y la paternidad): es un proceso organizado de educación, realizado de manera interactiva entre el equipo de profesionales de salud y la mujer con su compañero, sus hijos(as) y su familia, o con la persona que ella considere como afectivamente más cercana. La intencionalidad es la de desarrollar capacidades para el cuidado de la salud durante la gestación, el parto y el puerperio. Se realizan actividades de medicina occidental y medicina tradicional. Se hace con equipo interdisciplinario liderado por enfermería e idealmente compuesto por psicología, nutrición, terapia física, medicina general y especializada (ginecología y pediatría) con el apoyo de un psicopedagogo, partera, médico tradicional.</p> <p>1.4 Limpia de boca (consulta odontología): se realizan actividades medicina occidental y medicina tradicional. Y es realizado por un odontólogo con apoyo de la partera o medicina tradicional.</p> <p>1.5 Calentando el cuerpo (consulta de nutrición): se hace valoración del estado nutricional, análisis y plan de cuidado y se realiza fomento de la alimentación caliente, desde la medicina tradicional. Nutricionista acompañado de partero o médico tradicional.</p> <p>1.6 Recibimiento de la semilla (atención del parto): se realizan actividades de medicina occidental y medicina tradicional (se realizan en conjunto). En cuanto a la primera, se realiza admisión de la gestante, atención del primer periodo del parto, el expulsivo y el alumbramiento. En cuanto a lo tradicional, se realiza ritual de siembra de placenta, y se evalúa el sentir de la partera. La partera define si el parto se realiza en casa o en hospital, dependiendo de la sensación en su cuerpo, o también por el alumbramiento de una vela, si esta se acaba antes de que dé a luz, será un embarazo complejo que terminará en el hospital. Atención del parto de bajo riesgo: Profesional en medicina, profesional en enfermería, auxiliares de enfermería y partera.</p>
-----------------------------------	--	--------------------------	------------------	-----------------	--

					<p>1.7 Limpieza del cuerpo (atención del puerperio): se enfoca en el acompañamiento de la partera, procedimientos culturales por parte de la partera y fomentar la alimentación caliente y baños. Por parte de medicina occidental, principalmente es vigilancia de hemorragias y signos vitales. En caso de ser necesario, se hace atención individualizada, según los requerimientos.</p> <p>1.8 Desarmonía del vientre (atención de emergencias obstétricas): en estos casos es responsabilidad del médico general estabilizar la paciente y remitir prioritariamente a una institución complementaria con capacidad resolutoria, en donde sea valorada por un equipo multidisciplinario de Ginecología - Medicina Materno Fetal, Anestesiología, Cuidados Intensivos y los demás perfiles que sean necesarios. En estos casos, la partera asegura un acompañamiento a la gestante con su red de apoyo.</p> <p>1.9 Armonización del Numisak (atención del recién nacido): se busca un enfoque antenatal de riesgo, atención del recién nacido en sala de partos, cuidados durante las primeras cuatro horas de edad, cuidados mediatos del recién nacido, decisión del egreso hospitalario, entrega de recomendaciones previas al egreso hospitalario, egreso hospitalario, procesos culturales con el recién nacido por parte de la partera y orientación a la gestante y su red de apoyo, sobre los cuidados del recién nacido. (alimentación, vestimenta y baños culturales).</p> <p>1.10 Desarmonía del Numisak (atención de las complicaciones perinatales o posnatales del recién nacido): La atención es diferencial según la presencia de riesgos o de complicaciones establecidas y la atención de las complicaciones del recién nacido se debe realizar por profesionales de pediatría o neonatología, en el caso en el que el parto haya sido atendido por profesional de enfermería, se debe garantizar que tenga entrenamiento en adaptación y reanimación neonatal mientras se logra la valoración por profesional de medicina o traslado a unidad neonatal.</p> <p>1.11 Limpieza de la semilla (control del recién nacido): se realiza control ambulatorio del recién nacido por parte de la partera y el médico tradicional, visitas domiciliarias periódicas por parte de la partera y el médico tradicional y armonización del Numisak con plantas medicinales.</p> <p>2. Intervenciones colectivas:</p> <p>2.1 Entorno hogar: información en salud, comunicación para la salud y canalización.</p> <p>2.2 Entorno comunitario: conformación y fortalecimiento de las redes sociales y comunitarias.</p> <p>2.3 Entorno laboral: información en salud, comunicación para la salud y canalización.</p>
Godoy, 2021 (25)	Felipe Godoy Meza, Catalina Chamorro Ríos, Guillermo Brinck Pinset	Tesis de grado	1/01/2021	Chile	<p>La investigación aborda como unidad de análisis la experiencia del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígena (PESPI). El programa impulsa diversas estrategias para la incorporación del enfoque intercultural en los programas de salud, principalmente en aquellas comunas con composición poblacional de origen indígena. El objetivo del programa es contribuir a la disminución de brechas de inequidad, en la situación de salud de los pueblos indígenas, a través de la construcción participativa de planes de salud que reconozcan la diversidad cultural, promuevan la complementariedad entre sistemas médicos y provean servicios de salud adecuados, que respondan a necesidades, derechos y perfiles epidemiológicos específicos.</p> <p>1. Económico: una tensión en la implementación se ve reflejada en la lógica del financiamiento y la distribución de los recursos, sin considerar las relaciones comunitarias y los espacios ceremoniales y rituales, independientes de los Centros de Salud y su infraestructura pública. El Servicio de Salud no considera la atención médica fuera de las dependencias institucionales, dejando sin financiamiento la concepción de la "Casa de Salud". Por lo mismo, la remuneración salarial, no se reconoce como un servicio de atención de pacientes, y los recursos se adaptan para legitimar el financiamiento de la atención médica complementaria.</p> <p>2. Político: Las tensiones en lo político surgen de las tensiones económicas. La complementariedad médica y la propuesta indígena de atención médica tradicional, es cuestionada por los entes gubernamentales, impactando en el presupuesto asignado para la implementación de la política en el ámbito de la interculturalidad en salud. El trabajo de las Organizaciones Indígenas ha consolidado una comunidad organizada que busca posicionar la</p>

					<p>cosmovisión mapuche en los Centros de Salud. Una forma de descolonizar la medicina. Esto ha generado una alta demanda en atención complementaria, lo que necesariamente, requiere de un aumento del presupuesto para la implementación. Sin embargo, la reducción presupuestaria, el retraso en los recursos o los desvíos de los fondos han generado desconfianza y conflicto latente entre las Organizaciones, el Municipio y el Estado. El no reconocimiento de una política local entorno a la interculturalidad, debilita el acceso a recursos y claramente afecta el funcionamiento de la Casa de Salud. La escasez de recursos provoca dificultades en la implementación y la atención médica tradicional, y también, genera conflictos al interior de las organizaciones indígenas. La gran fortaleza de los pueblos originarios son las acciones comunitarias que realizan.</p> <p>3. Cultural: El médico y la machi, como autoridades en sus respectivos territorios, traen consigo una carga cultural que tensiona esta relación, aceptando o negando las posibilidades de la complementariedad médica, en un espacio institucionalizado como el centro de salud o el hospital. Desde las primeras acciones de implementación, las atenciones en salud tradicional indígena, se realizaban en los Centros de Salud, compartiendo espacio de atención médica, los sanadores como autoridades indígenas en salud, se ven enfrentados a un espacio cultural que no es propio y su relación con la naturaleza. Un espacio contradictorio para la medicina indígena que entiende la enfermedad desde su relación con la naturaleza y su comunidad. Las tensiones a nivel cultural se manifiestan en la implementación como una resistencia en torno a los conocimientos médicos. El sanador como el médico busca el mismo objetivo (erradicar el agente negativo) pero con medios diferentes. Por lo mismo, las prácticas médicas tradicionales son vistas como acciones "folclorizadas" que no tienen mayor efectividad en el tratamiento y no importa el lugar donde se realicen. Sabemos que la relación con la naturaleza y los espíritus no son algo antojadizos, responde a un sistema de creencias, costumbres y tradiciones que definen y explican el mundo desde el mundo mapuche.</p> <p>4. Institucional: se ve reflejada en el reconocimiento institucional, que tiene un límite en la implementación del conocimiento médico tradicional, con respecto a los protocolos sanitarios. Desde la institucionalidad, se rigen los sistemas médicos adaptando sus pautas a los protocolos establecidos desde el servicio de salud. La rigurosidad del sistema no permite instalar nuevos entendimientos, y en consecuencia, nuevas formas de entender la enfermedad y sus tratamientos. La implementación del programa permite que los profesionales cursen talleres y realicen actividades de formación en el ámbito de la interculturalidad en salud, mejorando su grado en el servicio público e incrementando sus salarios.</p>
Taborda, 2021 (29)	Universidad del Rosario	Trabajo de grado	7/07/2021	Colombia	<p>La telemedicina ha mostrado su utilidad para mejorar el acceso oportuno al tratamiento de pacientes que viven en sitios lejanos y tienen limitaciones para desplazarse a recibir atención médica. Ha evidenciado ser una alternativa para valorar problemas de salud en enfermedades audiológicas/otológicas, falla cardíaca, diabetes, enfermedad inflamatoria intestinal, atención pediátrica de diarrea y neumonía, problemas oculares.</p> <p>Manexka es una institución prestadora de servicios de salud (IPS) indígena ubicada en el municipio de Tuchin Córdoba, creada en 2008 por 129 cabildos socios que se unieron en busca de mejorar sus condiciones de salud, siempre respetando sus usos y costumbres, así como las prácticas curativas de la enfermedad. Es pública de carácter especial y cuenta con 55 servicios habilitados: diagnóstico cardiovascular, radiología e imágenes diagnósticas, laboratorio y toma de muestras, odontología, medicina general, farmacia, terapia ocupacional, enfermería, programas de promoción y mantenimiento de la salud, citología, urgencias, transporte asistencial básico, urología, medicina interna, ginecología, pediatría, dermatología, oftalmología, ortopedia, odontopediatría, endodoncia entre otros. En este estudio, el implementar un programa de telemedicina en Manexka IPS puede aumentar el acceso a la valoración en salud oportuna, llegando a zonas por fuera del resguardo indígena, anotando que el mayor número de pacientes atendidos por IPS se encuentran en zonas rurales y rurales dispersas. Esto requiere el apoyo de una gran infraestructura tecnológica y una adecuada cobertura y conectividad, teniendo en cuenta los modelos y protocolos que relacionen el funcionamiento constante, como la red de conexión,</p>

					<p>hardware y software con salida a internet en los Kioscos digitales, las Escuelas y las instalaciones de la Alcaldía del municipio. Para suplir el aspecto financiero, se espera que la institución realice una inversión de recursos que incluya la inclusión de talento humano de calidad e infraestructura para llevar a cabo el plan de operación junto con la Unión temporal que auspiciará el proyecto, contratando el servicio con la empresa “atrys health” bajo la modalidad de comodato, la cual simplifica la utilización de todos los equipos médicos y tecnológicos por parte de Manexka IPS, teniendo como contraprestación de un pago mensual, conforme a unos planes y costos, pasando a atender más de 200.000 consultas en un año de las generadas actualmente, generando un ingreso mayor a los 3.000 millones de pesos; es decir, de los cuales 2.400 serán de utilidad neta, teniendo en cuenta el costo de la inversión del proyecto.</p> <p>Se estima un impacto a nivel regional que lleve a la adopción del modelo de atención o la creación de vínculos contractuales Manexka IPS generando mayores recursos y disminuyendo la mortalidad atribuida a las muertes cardiovasculares asociadas a diagnóstico y tratamiento oportunos.</p> <p>Entre las recomendaciones para adoptar este modelo están:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tener en cuenta los resultados de las condiciones sociodemográficas, perfiles epidemiológicos, así como las principales causas de mortalidad en la población Zenú del municipio de Tuchín, Córdoba. ▪ Solicitar un plan actualizado de infraestructura de redes y comunicaciones instaladas en el municipio de Tuchín, así como aquellas de conexión inalámbrica habilitadas por el Gobierno Nacional a través de programas de conectividad impulsados por el Ministerio de las TICs ▪ Reevaluar las condiciones actuales de los cinco puntos estratégicos en la zona rural donde se pretenden habilitar las conexiones para el programa de telemedicina en las comunidades de Tolima, Flecha, Barbacoas, Vidales y Molina ▪ Realizar estudios adicionales que permitan conocer el grado de utilización de dispositivos móviles con conectividad a internet por parte de la población indígena Zenú ▪ Utilizar los resultados mostrados en la presente tesis para mejorar las condiciones de salubridad en la población mediante el uso de las nuevas tecnologías aplicadas a la medicina.
Moreno, 2021 (26)	Universidad Nacional de Colombia	Trabajo de maestría	17/07/2021	Colombia	<p>La complejidad de mantener las cadenas de suministros de medicamentos, principalmente en zonas rurales y apartadas, hace necesario el diseño de diferentes estrategias que se acoplen a estas condiciones particulares de cada zona. La investigación de operaciones y la formulación matemática tiene gran aplicación para mejorar la planeación de la operación, diseñar redes de suministro, localizar instalaciones y realizar ruteo de vehículos para una gestión efectiva de las cadenas de suministro en salud. Los UAV o drones pueden complementar y optimizar la atención en salud y el suministro de medicamentos e insumos a zonas apartadas y con difícil acceso. El municipio de Bahía Solano (Chocó) se caracteriza por una alta dispersión poblacional, ruralidad, escasa infraestructura de acceso, insuficientes instalaciones de salud y en mal estado, y limitaciones de transporte para los desplazamientos hacia la única IPS del municipio. Esta investigación propone un modelo de distribución de medicamentos de interés en salud pública (vacunas) por medio de formulación matemática para optimizar recursos y reducir tiempos de distribución. Se incluye el uso de UAV para el transporte de última milla hacia las regiones apartadas del municipio y se permite la intermodalidad con las lanchas, que son el medio de transporte más utilizado en la región.</p> <p>Se plantearon tres modelos de distribución: 1) Diseñado con el enfoque clásico de transporte, teniendo diferentes nodos a lo largo de la red de suministro y con condiciones de oferta y demanda de los medicamentos, que minimicen el tiempo de vuelo de los vehículos, 2) Modelo de localización de bases para el lanzamiento de los UAV que maximice la cobertura de la demanda, y 3) Modelo de localización de bases con el objetivo de reducir las distancias recorridas para suplir la demanda.</p> <p>Se realizó un análisis de sensibilidad que modifica uno de los parámetros iniciales de los modelos y se presenta una instancia adicional al modelo con mejor desempeño en términos de tiempo, que permite la intermodalidad de los dos modos de transporte (lancha y UAV). La intermodalidad reduce el tiempo total de distribución entre un 70% y</p>

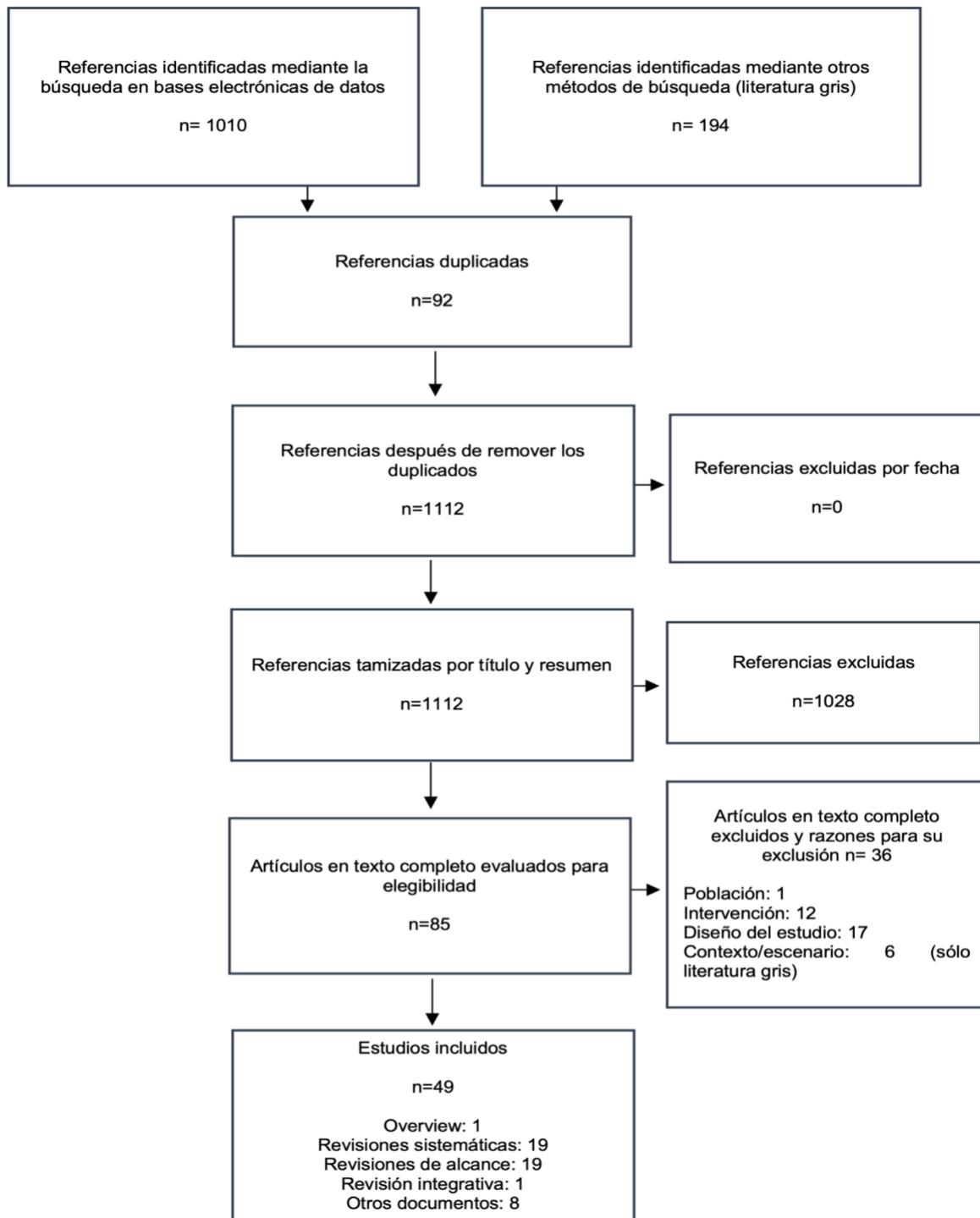
					76% comparado con el uso exclusivo de los UAV. Estos resultados se comparan con el de la operación actual utilizando solamente el medio de transporte en lanchas y se obtiene que la intermodalidad reduce en un 25% el tiempo de distribución y también reduce la distancia total recorrida, mejorando la accesibilidad y disponibilidad de medicamentos a la población apartada y rural. Por esto, la intermodalidad también podría reducir los costos del suministro y aumentar tasas de cobertura en cada jornada de vacunación.
Kalne, Kalne y Mehendale, 2022 (35)	Valorar las funciones y responsabilidad para los TSC en la India rural	Revisión integrativa	No anotado	India	<p>Se enfocó en las funciones y responsabilidades de los TCS, que incluyeron enfermeras auxiliares parteras y activistas de la salud, que son cruciales para la prestación de servicios de salud básicos a la población vulnerable de la India. Ellos pueden realizar diferentes en la APS abarcando áreas como la nutrición, la salud sexual y reproductiva, actividades de planeación en salud, promoción de la salud y reportes en salud pública. Por esto, es importante hacer una definición clara de los roles, responsabilidades y cargas laborales de los TSC.</p> <p>El TSC es considerado inferior a nivel local, y además tiene pocos incentivos y pobres condiciones laborales, pudiendo incluso no ser reconocidos como trabajadores Los TSC se consideran una alternativa menos costosa en comparación con otros grupos de trabajadores de la salud, en términos de incentivos, salarios y costos de formación.</p>

Anexo 3. Estrategias de búsqueda

Medline vía Pubmed
(("health services, indigenous"[MeSH Terms] OR "Indigenous Peoples"[MeSH Terms] OR "indigen*" [Title/Abstract] OR ("indigen*" [Title/Abstract] OR "native*" [Title/Abstract] OR "aborigin*" [Title/Abstract] OR "indian*" [Title/Abstract] OR "Tribes" [Title/Abstract])) AND ("delivery of health care, integrated" [MeSH Terms] OR "integrated care" [Title/Abstract] OR "Integrated Health" [Title/Abstract] OR "social work" [MeSH Terms] OR "social work*" [Title/Abstract] OR "social care" [Title/Abstract] OR "social health" [Title/Abstract] OR "cross sector collaborat*" [Title/Abstract] OR "inter organizational collaborat*" [Title/Abstract] OR "Multisector partnerships" [Title/Abstract] OR "Integrated Delivery Systems" [Title/Abstract] OR "Integrated Health-Care" [Title/Abstract] OR "integrated care" [Title/Abstract] OR "models of care" [Title/Abstract]) AND ("review" [Publication Type] OR "systematic review" [Filter] OR "review" [Title]) OR ("health services, indigenous" [MeSH Terms] OR "Indigenous Peoples" [MeSH Terms] OR "indigen*" [Title/Abstract] OR ("indigen*" [Title/Abstract] OR "native*" [Title/Abstract] OR "aborigin*" [Title/Abstract] OR "indian*" [Title/Abstract] OR "Tribes" [Title/Abstract] OR "First Nations" [Title/Abstract]) AND ("healthcare" [Title/Abstract] OR "health-care" [Title/Abstract] OR "health servic*" [Title/Abstract] OR "public health" [Title/Abstract] OR "Rural Health" [Title/Abstract] OR "rural nursing" [Title/Abstract] OR "social care" [Title/Abstract] OR "social health" [Title/Abstract])) AND ("Culturally Competent Care" [MeSH Terms] OR "Culturally Competent Care" [Title/Abstract] OR "Cross-Cultural Care" [Title/Abstract] OR "Cultural Care" [Title/Abstract] OR "Culturally Competent Health" [Title/Abstract] OR "Culturally Congruent Care" [Title/Abstract] OR "Culturally Sensitive Care" [Title/Abstract] OR "Cultural Competency" [MeSH Terms] OR "Cultural Competency" [Title/Abstract]) AND ("health services" [MeSH Terms] OR "health policy" [MeSH Terms] OR "public policy" [MeSH Terms] OR "public health" [MeSH Terms] OR "public health" [tiab] OR "healthcare polic*" [Title/Abstract] OR "health care polic*" [Title/Abstract] OR "health servic*" [Title/Abstract] OR "public health" [Title/Abstract] OR "population polic*" [Title/Abstract] OR "social polic*" [Title/Abstract] OR "Social Protection" [Title/Abstract]) AND ("review" [Publication Type] OR "systematic review" [Filter] OR "review" [Title])
BVSsalud - Bireme/Lilacs
("Indigenous Health Services") AND ("delivery of health care") AND (db:("LILACS" OR "WHOLIS" OR "MedCarib" OR "PAHO" OR "BDEFN" OR "HISA" OR "LIS" OR "coleccionaSUS" OR "PAHOIRIS") AND la:(("es" OR "en" OR "pt")) OR mh:"Salud de Poblaciones Indígenas" OR (mj:("Servicios de Salud del Indígena")) AND (db:("LILACS" OR "BDEFN" OR "coleccionaSUS" OR "SES-SP" OR "LIPECS" OR "MTYCI" OR "BDNPAR" OR "BINACIS" OR "MINSAPERU" OR "SMS-SP" OR "BBO" OR "ARGMSAL" OR "INDEXPSI" OR "HANSENIASE" OR "PIE") AND mj:("Health Services, Indigenous" OR "Health Policy" OR "Primary Health Care" OR "Delivery of Health Care" OR "Public Health" OR "National Health Programs" OR "Health Services Accessibility" OR "Public Policy" OR "Culturally Competent Care" OR "Health Services" OR "Social Conditions" OR "Cultural Diversity" OR "Cultural Competency" OR "Personnel Management" OR "Local Health Systems" OR "Anthropology, Cultural" OR "Salaries and Fringe Benefits" OR "Health Systems" OR "Environmental Health" OR "Community Health Services" OR "Comprehensive Health Care" OR "Culture" OR "Quality of Health Care" OR "Models, Organizational" OR "Financial Management" OR "Nursing Care" OR "Regional Health Planning" OR "Information Systems" OR "Rural Health" OR "Health Care Reform" OR "Equity in Access to Health Services" OR "Health Management" OR "Health Information Systems" OR "Organizational Innovation" OR "Bolivia" OR "Capital Financing" OR "Administrative Personnel" OR "Organizational Policy" OR "Cultural Characteristics" OR "Health Care Economics and Organizations" OR "Capacity Building" OR "Health Plan Implementation" OR "Health Planning Guidelines" OR "Health Systems Plans" OR "Intersectoral Collaboration" OR "Transcultural Nursing" OR "Community Health Nursing" OR "Anthropology" OR "Peru" OR "Pharmaceutical Services" OR "Health Services Coverage" OR "Ethnic Health" OR "Social Participation" OR "Social Protection in Health" OR "Policy Making" OR "Rural Population" OR "Financial Resources in Health" OR "Healthcare Models" OR "Public Health Systems" OR "Universal Health Care"))
EPISTEMONIKOS
(title:(title:(health services) OR abstract:(health services)) AND (title:(indigenous) OR abstract:(indigenous))) OR abstract:(title:(health services) OR abstract:(health services)) AND (title:(indigenous) OR abstract:(indigenous))) OR (title:(("delivery of health care") OR abstract:(("delivery of health care"))) AND (title:(integrated) OR abstract:(integrated))) OR (title:(("social care") OR abstract:(("social care"))) OR (title:(rural) OR abstract:(rural))) OR (title:(("Culturally Competent Care") OR abstract:(("Culturally Competent Care"))) AND (title:(("health care") OR abstract:(("health care"))) OR (title:(("health service") OR abstract:(("health service"))) OR (title:(("public health") OR abstract:(("public health"))))
SciELO
((("servicios de salud") AND (indigenas)) OR (("Salud de Poblaciones Indígenas")) AND (ti:(servicios) OR (("servicios de salud") AND (rural)) OR (("Servicios de Salud del Indígena")) OR ("servicios de salud") AND (integración) OR (("competencia cultural") AND (salud))
COCHRANE LIBRARY
Cochrane Reviews matching health services in Title Abstract Keyword AND indigenous in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched) OR Cochrane Reviews matching "health-care delivery" in Title Abstract Keyword OR "delivery of health care" in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched) OR Cochrane Reviews matching "Culturally Competent Care" in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched)

REPOSITORIOS consultados: WHO-IRIS, LARReferencia, LatIndex, Redalyc, Red de Repositorios Latinoamericanos, Social Systems Evidence, Health Systems Evidence, y organizaciones y universidades latinoamericanas y colombianas con investigación pertinente para el problema.

Anexo 4. Diagrama PRISMA búsqueda y selección de los estudios incluidos





**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones

Síntesis Rápida ISSN 2744-8029

30/01/2023