

ESTRATEGIAS DE CONSOLIDACIÓN DE VÍNCULOS EN CONTEXTO DE INTERVENCIONES EN SALUD INTERCULTURAL EN AMÉRICA LATINA. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

LINK CONSOLIDATION STRATEGIES IN THE CONTEXT OF INTERCULTURAL HEALTH INTERVENTIONS IN LATIN AMERICA. A SYSTEMATIC REVIEW

ESTRATÉGIAS DE CONSOLIDAÇÃO DE VÍNCULOS NO CONTEXTO DAS INTERVENÇÕES INTERCULTURAIS EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA. UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

**Luis López Ramos¹
José Rivera Müller²
Lizet Véliz Rojas³**

¹Universidad Católica del Norte, Chile. <https://orcid.org/0000-0002-3633-9853>.

Correspondencia a: luis.lopez@alumnos.ucn.cl

²Universidad Católica del Norte, Chile. <https://orcid.org/0000-0002-0769-0951>.

Correspondencia a: jose.rivera01@alumnos.ucn.cl

³Universidad Católica del Norte, Chile. <https://orcid.org/0000-0002-8961-1814>.

Correspondencia a: lizet.veliz@ucn.cl

Fecha de recepción: 25/03/22

Fecha de aceptación: 15/06/22

RESUMEN

Objetivo: Describir las estrategias de consolidación de los vínculos en el contexto de las intervenciones de salud orientadas a la salud intercultural en América Latina.

Metodología: Revisión sistemática cualitativa, utilizando el flujograma prisma para selección de artículos. Las bases de datos revisadas fueron: SciELO, PubMed (MEDLINE), Redalyc y Scopus. Los criterios de inclusión fueron artículos originales y/o revisión, con metodología cualitativa y cuantitativa descriptiva, que no tuvieran más de 10 años desde su publicación, basados en países pertenecientes a América Latina y cuyo idioma sea español, portugués y/o inglés. La calidad metodológica se evaluó mediante la guía de lectura crítica de CASPe. Se analizaron un total de 19 estudios publicados entre el periodo 2014-2021. **Resultados:** La consolidación de vínculos se logra a través de la participación activa de integrantes de las comunidades en el diseño de las intervenciones en salud. La preparación de los profesionales es clave, considerando el desarrollo de la competencia intercultural como una piedra angular. Adicionalmente, las políticas públicas en salud permean en la ejecución de los programas e intervenciones en salud intercultural. **Conclusión:** La construcción de vínculos y de relaciones sólidas y de confianza toman tiempo, y es necesario que haya suficiente co-diseño y un proceso participativo para establecer la relación entre equipo de salud y comunidades. Es necesario reconocer el contexto epistemológico y cosmológico que impulsa la salud y el bienestar en las comunidades nativas.

Palabras Claves: Asistencia Sanitaria Culturalmente Competente; Programas Nacionales de Salud; Estrategias Nacionales; Población Indígena; América Latina.

ABSTRACT

Objective: Describe the strategies for consolidating links in the context of health programs/interventions aimed at intercultural health in Latin America. **Methodology:** Qualitative systematic review, using the prism flowchart for article selection. The databases reviewed were: SciELO, PubMed (MEDLINE), Redalyc, and Scopus. The inclusion criteria were original articles and/or reviews, with descriptive qualitative and quantitative methodology, which were not more than 10 years old from their publication, based on countries belonging to Latin America and whose language is Spanish, Portuguese, and/or English. The methodological quality was evaluated using the CASPe critical reading guide. A total of 19 studies published between the 2014-2021 period were analyzed. **Results:** The consolidation of links is achieved through the active participation of community members in the design of health disturbances. The preparation of professionals is key, considering the development of intercultural competence as a cornerstone. Additionally, public health policies permeate the execution of intercultural health programs and interventions. **Conclusions:** Building bonds and solid, trusting relationships take time, and there needs to be sufficient co-design and a participatory process to establish the relationship between the health team and the communities. It is necessary to recognize the epistemological and cosmological context that drives health and well-being in native communities.

Keywords: Culturally Competent Care; National Health Programs; National Strategies; Population Groups; Latin America.

RESUMO

Objetivo: Descrever as estratégias de consolidação de vínculos no contexto das intervenções de saúde orientado à saúde intercultural na América Latina. **Metodologia:**

Revisão sistemática qualitativa, utilizando o fluxograma prisma para seleção dos artigos. Os bancos de dados usadas são: SciELO, PubMed (MEDLINE), Redalyc e Scopus. Os critérios de inclusão foram artigos originais e/ou revisões, com metodologia qualitativa e quantitativa descritiva, com até 10 anos de sua publicação, baseados em países pertencentes à América Latina e cujo idioma seja espanhol, português e/ou inglês. A qualidade metodológica foi avaliada por meio do guia de leitura crítica CASPe. Foram analisados 19 estudos publicados entre o período 2014-2021. **Resultados:** A consolidação dos vínculos é alcançada por meio da participação ativa dos membros da comunidade no desenho das intervenções de saúde. A preparação dos profissionais é fundamental, tendo como pilar fundamental o desenvolvimento da competência intercultural. Além disso, as políticas públicas de saúde permeiam a execução de programas e intervenções de saúde intercultural. **Conclusão:** A construção de vínculos e relações sólidas e de confiança leva tempo, e é preciso haver co-design suficiente e um processo participativo para estabelecer a relação entre a equipe de saúde e as comunidades. É necessário reconhecer o contexto epistemológico e cosmológico que impulsiona a saúde e o bem-estar nas comunidades nativas.

Palavras Chaves: Assistência à Saúde Culturalmente Competente; Programas Nacionais de Saúde; Estratégias Nacionais; Grupos Populacionais; América Latina.

INTRODUCCIÓN

La salud intercultural ha tomado mayor relevancia a nivel mundial en el último tiempo¹. En el caso de Chile y otros países Latinoamericanos, la necesidad de desarrollar procesos y vínculos interculturales en salud se ha generado por razones sociopolíticas, históricas y

epidemiológicas, las cuales han motivado iniciativas tendientes a evitar que la identidad étnica del usuario sea una barrera en el acceso y una mejor salud².

Acorde a Tünnermann, en América Latina el pluralismo cultural adquiere especial relevancia en relación con los pueblos indígenas, cuya cultura generalmente ha sido menospreciada o marginada, en vez de considerarla como lo que realmente es, uno de los factores raigales de nuestra identidad. En esta misma línea, el autor establece que nuestras sociedades multiétnicas tienen que institucionalizar el diálogo pluricultural, franco e igualitario, que incluya a los pueblos indígenas³.

Respecto a los sistemas de cuidados en salud, en América latina ha predominado la medicina occidental caracterizada por su aplicación hegemónica y tecnológica¹, y que se ha establecido mundialmente como el modelo capaz de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población, sin embargo, se han desarrollado importantes dificultades al no considerar la cultura de los usuarios en el proceso de atención de salud². Este modelo a dominado a los sistemas médicos tradicionales, que comprenden la salud como el equilibrio entre fuerzas naturales y espirituales, entre los individuos y las comunidades, por un lado, la enfermedad es concebida como un desequilibrio, y la curación como su restauración, y, por otro lado, la salud equivale a la coexistencia armoniosa de los seres humanos con la naturaleza, y entre ellos y con otros seres en la búsqueda del buen vivir¹.

Se ha evidenciado que los profesionales de la salud presentan desacuerdos e incompatibilidades con usuarios y comunidades de diversas etnias, principalmente por la baja aceptación de los diversos conceptos y cosmovisiones de salud y enfermedad de los pueblos originarios, provocando que los profesionales de la salud no validen la eficacia de las prácticas tradicionales en salud, generando un distanciamiento e insatisfacción

entre las partes⁴. Algunos países de la región ya han avanzado en esta área, y han establecido diversas políticas en salud con enfoque intercultural, y que tienen como finalidad integrar la medicina tradicional al sistema médico occidental⁵.

Al respecto, este estudio tiene como propósito identificar las estrategias de consolidación de los vínculos utilizadas en intervenciones de salud con enfoque intercultural a nivel latinoamericano.

METODOLOGÍA

Este estudio es una Revisión Sistemática (RS) cualitativa guiada por la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para los métodos de búsqueda, selección, cribado e inclusión⁶.

RS es una herramienta de síntesis de información de los resultados de investigaciones primarias. Cuando estos no se combinan estadísticamente, la revisión se denomina RS cualitativa. Por el contrario, una RS cuantitativa, o metaanálisis (MA), es una RS que usa métodos estadísticos para combinar los resultados de dos o más estudios.

En esta RS cualitativa, se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en cuatro bases de datos: Scientific Electronic Library Online (SciELO), La Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe (Redalyc), PubMed (Medline) y Scopus. El periodo de tiempo utilizado para la búsqueda bibliográfica fue desde septiembre del 2021 hasta enero del 2022.

Los términos utilizados para la búsqueda estuvieron conformados por las palabras claves” Asistencia sanitaria culturalmente competente; “Programas nacionales de salud”; “Estrategias nacionales”; “Grupos de población”; “América Latina” extraídas del DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) [DeCS], es español, inglés y portugués.

Adicionalmente, se incluyó la palabra “Población indígena” como el sinónimo del descriptor “Grupos de población”, en español, con el fin de expandir la búsqueda hacia el tema de interés. Se consideraron en la composición de descriptores y ecuaciones booleanas [OR, AND], que permitieron la selección de artículos publicados según criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión fueron: artículos originales y/o revisión, con metodología cualitativa y cuantitativa descriptiva, con un tiempo máximo de 10 años desde su publicación, basados en países pertenecientes a América Latina y cuyo idioma fue en español, portugués e inglés.

Para la evaluación de la calidad metodológica se utilizó la “Herramienta de análisis de estudios cualitativos” sustraída del Programa de Habilidades de Lectura Crítica Español (CASPe)⁷. Esta plantilla cuenta con una serie de preguntas que facilitan este proceso. Las tres primeras preguntas son de eliminación, sólo en el caso de que se responda sí, se merecerá continuar con las siguientes preguntas. Una vez respondidas las preguntas, se contabilizará el número de respuestas “sí” de cada artículo o documento y aquellos que hayan sido respondidas con un sí por sobre o igual al 70% serán consideradas con una adecuada calidad metodológica, las que contenga de un 40% a 60% serán consideradas de mediana calidad metodológica y menor a 40% como baja calidad metodológica.

Los artículos totales identificados en las cuatro bases de datos fueron 1187: En SciELO se encontraron 31 artículos, PubMed se identificaron 75 artículos, en Scopus 78 artículos, en Redalyc 1003 artículos. Se identificaron un total de 83 citas duplicadas, que se excluyeron, quedando un total de 1104 artículos. Posteriormente se hizo el cribado por título y por resumen. El número de artículos eliminados por título fueron 1058 y por resumen fueron 25. En total, 21 artículos quedaron seleccionados para su elegibilidad y

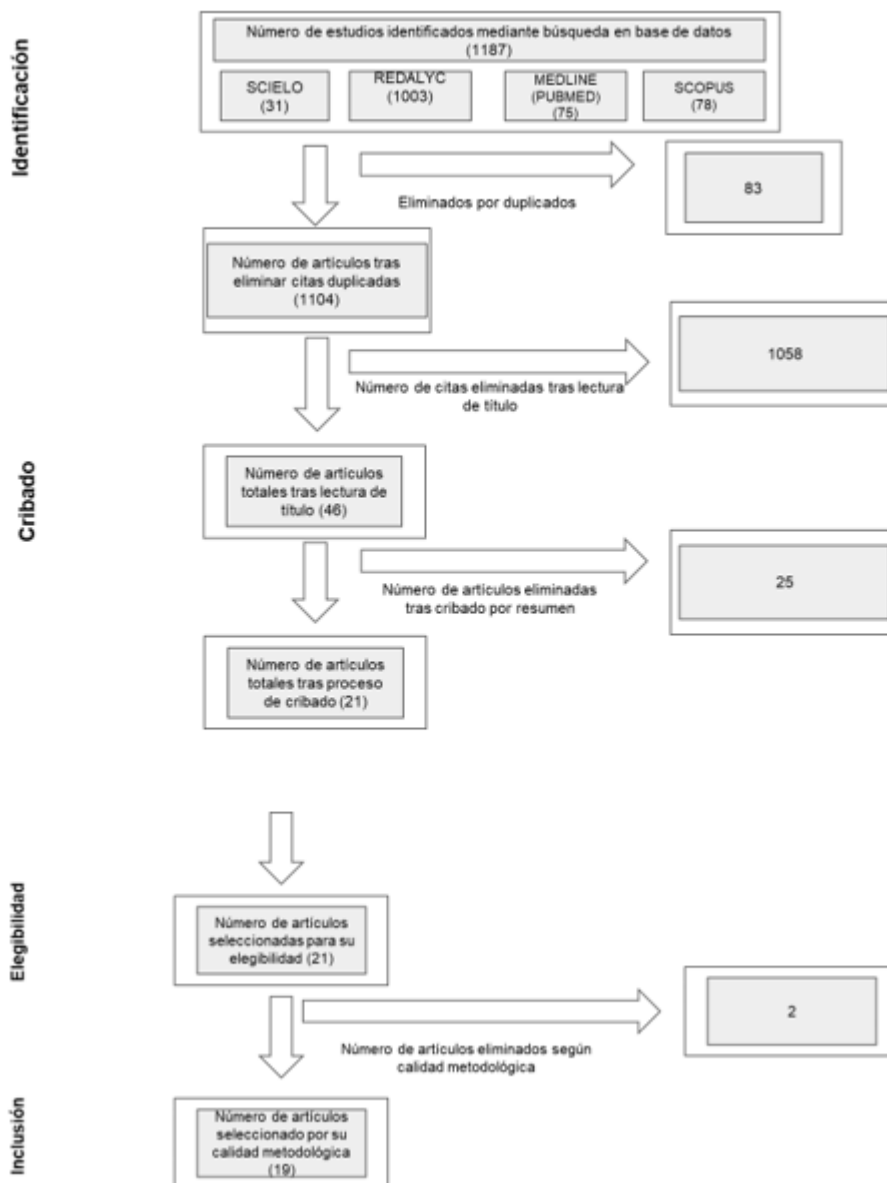
que fueron sometidos a lectura crítica. Finalmente, dos artículos fueron descartados por su baja calidad metodológica, quedando 19 artículos para su análisis.

Para efecto del análisis de los artículos, se dispuso en una matriz de datos elaborado en una planilla Excel que consideró los siguientes componentes de análisis: título, base de datos, revista, año de publicación, país, objetivo, diseño metodológico, calidad metodológica, nivel de evidencia, tamaño de la muestra y resultados. La matriz de datos permitió identificar los resultados principales de cada artículo, posteriormente se hizo un análisis de contenido cualitativo estableciendo los principales aspectos asociados al objetivo de estudio.

RESULTADOS

Figura 1. Flujograma de búsqueda PRISMA y selección de estudios, América Latina, año 2012-2022.

ESTRATEGIAS DE CONSOLIDACIÓN DE VÍNCULOS EN CONTEXTO DE INTERVENCIONES EN SALUD INTERCULTURAL EN AMÉRICA LATINA. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA. López L, Rivera J, Véliz L. Revista Chilena de Enfermería 2022. Vol.4 N.1



Fuente: Elaboración propia, en base a esquema flujograma PRISMA.

Durante la revisión sistemática se analizaron un total de 21 artículos, de los cuales 90,4 % fueron de calidad metodológica alta y 2 (8,6%) de calidad metodológica baja que fueron excluidos, por tanto, fueron 19 artículos que se incluyeron para los resultados (tabla1). El idioma predominante de los estudios fue el español con un total de 15 artículos, seguido del idioma inglés con dos artículos y dos estudios en portugués. Respecto al tipo de estudio, 11 fueron cualitativos descriptivos y seis de revisión

sistemática, el resto de los estudios fue del tipo cuantitativo descriptivo. Los años de publicación de los artículos seleccionados son pertenecientes al periodo 2014 - 2021. Referente a la revista de origen, ocho artículos fueron sustraídos de la base de datos SciELO, seguido de Redalyc con un total de seis, y finalmente PubMed con 5 artículos. Luego de realizar un análisis de los artículos seleccionados, se encontraron tres líneas temáticas relevantes: i) Estrategias para fortalecer los vínculos; ii) Etapas de intervenciones en salud intercultural; y iii) Oportunidades y dificultades en la consolidación de vínculos en contexto de salud intercultural.

1.- Estrategias para fortalecer los vínculos.

En los artículos revisados se encontró una gran diversidad de estrategias que pretendían mejorar el acercamiento del sistema de salud occidental a las comunidades indígenas, sin embargo, la mayoría no consideraron la evaluación de estas estrategias por parte de los usuarios.

Se puede evidenciar que existen elementos comunes en los artículos revisados, como fue la incorporación **de autoridad de medicina tradicional**, también llamados agentes tradicionales de salud como representante de la comunidad en distintos cargos, tales como chamanes⁸ parteras^{16,19}, médicos tradicionales¹⁹, interpretes bilingües¹² y líderes espirituales¹¹, como un medio eficaz para el acercamiento de poblaciones de pueblos originarios a los sistemas de salud occidentales.

ESTRATEGIAS DE CONSOLIDACIÓN DE VÍNCULOS EN CONTEXTO DE INTERVENCIONES EN SALUD INTERCULTURAL EN AMÉRICA LATINA. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA. López L, Rivera J, Véliz L. Revista Chilena de Enfermería 2022. Vol.4 N.1

Tabla 1. Artículos analizados para la obtención de resultados, América Latina, año 2012-2022 (n=19)

N°	Título	Autor(es)	Año	TE
1	Bioética e interculturalidad en la atención de salud indígena ⁸	Vieira de Melo, A. Reis de Sant´Ana, G. Haidamus de Oliveira, P. Antonio, L.	2021	CD
2	Itinerarios terapéuticos: una revisión de alcance ⁹	Vega, R.	2017	RS
3	Salud intercultural en Chile: Desarrollo histórico y desafíos ¹⁰	Manriquez-Hizaut M, Lagos Fernández C, Rebolledo Sanhuesa J, Figueroa Huencho.	2016	RS
4	Representaciones sociales de la atención sanitaria de la población indígena Mbyá-Guaraní por parte de trabajadores de la salud ¹¹	Benites M, Shimizu H, Díaz X.	2017	CD
5	Guías bilingües: una estrategia para disminuir las barreras culturales en el acceso y la atención en salud de las comunidades wayuu de Maicao, Colombia ¹²	Patiño-Londoño S, Mignone J, Castro-Arroyave D, Gómez N, Rojas C.	2016	CD
6	Tensiones y contradicciones en la intervención gubernamental para la promoción de la lactancia materna ¹³	Ramos R. Hernández M.	2017	CD
7	Por un futuro mejor: Programa de promoción de la salud para afrodescendientes ¹⁴	Velásquez V, López A, Puerto A.	2016	CD
8	Planificación para la equidad en la salud en la Región de las Américas: análisis de los planes nacionales de salud ⁵	Matthew M. Kavanagh, Laura Norato, Eric A. Friedman.	2021	CD
9	Impacto del Programa Comedores Comunitarios SINHAMBRE sobre la desnutrición en Chiapas rural mediante el enfoque de Seguridad Alimentaria ¹⁵	Garza N, Salvatierra-Izaba B, Zamora C, Torres D, Mejía A. Costa Rica.	2018	CD
10	Percepción cultural del “embarazo y parto”, en las comunidades campesinas del distrito Ayaviri-Puno ¹⁶	Calderón-Torres A, Calderón Chipana J, Mamani-Flores	2021	CnD
11	Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina ¹⁷	Lina A. González V.	2015	RS
12	Percepción de la participación de parteras y sanadores tradicionales andinos ecuatorianos en un programa de formación en salud ¹⁸	Inuca V, Icaza L, Recalde R, Cevallos J y Romero N	2014	CD
13	La inclusión del conocimiento tradicional indígena en las políticas públicas del Estado mexicano ¹⁹	Guzmán-Rosas, S. Kleiche-Dray, M.	2017	Cn-CD
14	Salud indígena en tiempos de barbarie ²⁰	Nonato da Cruz Oliveira, R; Dos Santos Rosa, L.	2014	RS
15	Articulación entre servicios de salud y “medicina indígena”: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil ²¹	Langdon, E; Garnelo, L	2017	RS
16	Implantação da telessaúde na atenção à saúde indígena no Brasil / Implementación de la telesalud en la atención de salud indígena en brasil ²²	Zambelli Taveira, Z; Duarte dos Anjos Scherer, M; Diehl, E.	2014	CD
17	Transculturalizing Diabetes Prevention n LatinAmerica ²³	Nieto-Martínez Ramfis, González-Rivas, Aschner J.	2017	RS
18	Healthcare and Health Problems from the Perspective of Indigenous Population of the Peruvian Amazon: A Qualitative Study ²⁴	Badanta B, Lucchetti G, Barrientos S.	2020	CD
19	I(nter)identificación racial: racialización de la salud materna a través del programa Oportunidades y clínicas gubernamentales en México ²⁵	Vega, R	2017	CD

Simbología: TE= Tipo de Estudio. CD=Cualitativo Descriptivo. RS=Revisión Sistemática. Cn=Cuantitativo Descriptivo.

Fuente: Elaboración propia

Otra estrategia fue la adaptación de los espacios y servicios para la atención acorde a la cultura de la población objetivo, la búsqueda de proporcionar un entorno adecuado para el proceso de atención en salud de la población indígena tiene gran acogida por parte de estos, mejorando su adherencia y sentimientos positivos hacia el sistema de salud. Como medidas identificadas en la revisión se ha de mencionar la preservación de salas para chamanes dentro de la institución de salud, para complementar la terapia occidental otorgadas por estos prestadores de salud, con la terapia tradicional pertinente a la cultura del individuo⁸. Otra medida implementada, fue llevar la atención en salud cultural al hogar a las personas que requerían de un servicio sanitario, más específicamente, la asistencia de una partera, debido a que existe un respeto y preservación de las costumbres, creencias y ritos¹⁶. También se identificó la instalación de hamacas en la sala de espera, pero, en este mismo documento se menciona que, a pesar de estos cambios, no existió una mejora en el proceso de atención de los usuarios indígenas²⁵.

La estrategia de elaboración de instrumentos en base a las características culturales propias de cada comunidad, no han demostrado su total efectividad, al respecto, Guzmán-Rosas y Kleiche-Dray, señalaron que la adaptación de tablas métricas nutricionales acorde a los grupos étnicos a intervenir sufrieron de múltiples dificultades para su implementación debido a la poca experiencia en la validación de las adaptaciones, sin embargo dejan en evidencia que las mediciones antropométricas estándar utilizado por los sistemas de salud requieren un ajuste según las características propias de la poblaciones latinoamericanas para mejorar la prevención y tratamiento de enfermedades que aquejan a éstas²³.

Respecto a la telesalud, En Brasil, el Programa Telessaúde Brasil Redes en atención a la salud indígena fue una de las estrategias para ayudar a establecer profesionales en áreas

remotas y fortalecer la asistencia a la población indígena. Desde la perspectiva de los profesionales de la salud, este programa no fue efectivo ya que presentaron diversas dificultades, asimismo recomendaron que se requiere de un diálogo entre las instituciones involucradas y la construcción de un espacio democrático, con la participación de indígenas y profesionales de la salud, con miras a evaluar este proceso y decidir el camino a seguir²².

Entre las estrategias encontradas, La **incorporación de facilitadores** como intérprete bilingüe¹², auxiliar indígena, como por ejemplo parteras¹⁹ o alguna autoridad indígena²³, fueron las más efectivas para consolidar vínculos, ya permitieron un mayor acercamiento y entendimiento entre la población y el personal de salud de los sistemas públicos. Con respecto a la inclusión de las autoridades de medicina tradicional, supone un plus al equipo de salud, ya que no solo comparte conocimientos sobre sus propias prácticas si no también la comprensión de la idiosincrasia de los individuos, permitiendo a los demás miembros del equipo de salud un acercamiento a las diversas cosmovisiones¹⁷.

2.- Etapas de las intervenciones en salud intercultural.

La metodología o forma en que se ejecutan las etapas de las intervenciones en salud son claves para el establecimiento de vínculos e interacciones entre el equipo de salud y la comunidad, con el fin de lograr una atención en salud culturalmente competente. De acuerdo con la información analizada, la primera etapa fue la detección de una problemática de salud, **denominadas diagnóstico**, se realizaba a través de recolección y análisis de información vigente. La mayor parte de los estudios se enfocaron en problemas o necesidades en salud desde una perspectiva socio epidemiológica, como, por ejemplo, combatir la desnutrición infantil rural¹⁴ la prevención de una patología crónica, como, por ejemplo, la prevención de la DM II considerando factores etnoculturales²³. Otros

diagnósticos, se centraron en la promoción en salud en población afrodescendiente¹⁴, y a la necesidad de alcanzar la equidad en salud e integración de la población marginada⁵. Se destaca que la identificación del problema está guiada principalmente por indicadores sanitarios y por conceptos instrumentales del desarrollo económico y social.

La segunda etapa identificada fue “la **planificación**”, que considera aspectos tales como: i) el carácter de las iniciativas en salud y sus aportes para mejorar estado de salud de las comunidades¹⁰; ii) la evaluación de indicadores de la intervención en salud⁵; iii) el financiamiento del programa y recursos disponibles⁸; iv) la selección de los profesionales de la salud y agentes que van a participar el programa^{5,12,19}; y v) la elaboración de una estructura organizativa del programa⁵. En general, la mayoría de los estudios establecen que la planificación fue elaborada principalmente desde el sistema de salud occidental.

La tercera etapa identificada fue el **acercamiento a la comunidad (observación de contexto) y comunicación con integrantes de la comunidad**, instancia que dio paso a la profundización e incorporación de las cosmovisiones de la comunidad objetivo²⁴, y sobre las experiencias de cuidado de las familias^{9,13}. Estas instancias, se nutrieron con la colaboración de entidades encargadas de la recopilación de información sobre elementos culturales de la población²⁰. En esta etapa, la identificación de recursos fue fundamental ya que permitió identificar los espacios, los recursos humanos, y determinar la accesibilidad al territorio de las comunidades^{11,14}. En algunos casos se incluyó la colaboración con privados para lograr los objetivos⁵.

La última etapa identificada fue la **ejecución del plan, consolidación, supervisión y reevaluación del plan con la participación de la población objetivo**. Para cumplir esta etapa, se enfatizó el desarrollo de comités que incluían integrantes de las comunidades étnicas, con el propósito de evaluar el cumplimiento del plan; promover la articulación

entre los profesionales sanitarios y autoridades de salud tradicionales para la ejecución del plan y logro de objetivos⁵; reevaluar el plan acorde a las nuevas necesidades de las comunidades¹⁴; y establecer políticas públicas locales, estudios epidemiológicos y de vigilancia⁵.

Se puede establecer que la participación de la comunidad fue variable, sobresaliendo una mayor colaboración por parte de agentes o representantes en la etapa de ejecución del plan. Esta RS devela que existen pocos estudios que describan y detallen las etapas de las estrategias en salud y los procesos de participación comunitaria. Por tanto, emerge la necesidad de seguir investigando y profundizando en este aspecto tan relevante para la construcción y consolidación de los vínculos.

3.- Oportunidades y dificultades para la consolidación de vínculos.

En los artículos analizados se lograron identificar oportunidades y dificultades en tres aspectos: en la formación profesional del área de la salud; en las intervenciones y programas de salud; y en los profesionales de la salud.

A nivel de la formación profesional en el área de la salud, se encontró como oportunidad el desarrollo de proyectos de investigación que se acompañan con acciones y actividades estudiantiles comunitarias dirigidas a la población indígena, lo que favorece la interacción entre estudiantes y la comunidad²¹. Otro estudio, mencionó que las mismas parteras y sanadores tradicionales ecuatorianos, percibieron que su inclusión en un programa de formación en salud fue una oportunidad para conservar, recuperar, fortalecer la sabiduría y acercarse a la comunidad blanca¹⁸. En cuanto a las dificultades, se señaló la ausencia de salud intercultural en el currículo de las carreras de la salud debido a la priorización de otras temáticas especialmente de contenido biomédico⁸.

Respecto a los programas e intervenciones en salud, se presentó como oportunidad la promoción de un ambiente participativo e inclusivo, que se relacionó con un aumento en el cumplimiento de los objetivos sanitarios^{12, 14}. Como dificultades, se encontraron los escasos espacios de reflexión para promover la participación social y que permita debatir las características del enfoque y del modelo de la intervención en salud, y si este es concordante en el contexto cultural de la población¹⁶. Este aspecto se considera como un punto clave, ya que al incorporar la salud intercultural sin considerar el contexto y las cosmovisiones puede generar el distanciamiento de la comunidad, por ejemplo, la población indígena de las amazonas utilizaba medidas tradicionales para tratar su malestar, dejando como última opción acudir a una atención en salud del sistema médico occidental, lo que generó cierto distanciamiento entre ambas realidades²⁴. Esto también se puede relacionar a que los cambios resultantes del contacto interétnico traídos desde el sistema médico occidental son percibidos como agresivos en la cultura indígena, generando cierta negatividad en la aceptación de ciertos tratamientos¹¹.

Se destaca la resistencia por parte de los profesionales para adaptarse a este nuevo sistema de salud intercultural, dificultando la ejecución de las directrices de estos programas¹⁶. Lo anterior se podría articular con la escasa formación profesional en estas temáticas y un bajo despliegue de la competencia intercultural. Adicionalmente, se encontró que el gobierno de turno también influyó en las decisiones sobre políticas públicas en salud intercultural, en tanto, la postura política tendrá efectos negativos como positivos. Además, se ha señalado que los mismos cambios de gobierno, pueden significar un cese de la inmersión de los programas e intervenciones en salud intercultural¹⁹.

Con relación al personal de salud, algunos estudios evidenciaron como una oportunidad el despliegue de la abogacía por parte de algunos profesionales de la salud que favorece

la mantención de una atención intercultural¹². En cuanto a dificultades, en diferentes artículos se vislumbra el rezago del nivel de salud de las poblaciones indígenas, caracterizadas por unas condiciones de vida más precarias siendo susceptibles a enfermarse^{11,24,25}, y que conllevan un mayor gasto de recursos materiales, económicos y humanos (personal de salud), y como se sabe, existe poco personal sanitario para cubrir las necesidades de las poblaciones más vulnerables. También, los profesionales de salud señalan no contar con los insumos, infraestructuras, transporte, e instancias de capacitación para poder otorgar una atención adecuada culturalmente¹¹. Se destaca la escasa formación profesional en salud intercultural⁸ y su bajo conocimiento de las comunidades, lo que dificulta el cuidado y la atención en salud culturalmente congruente, por ejemplo, Ríos-Camargo establece que el desconocimiento sobre los principios y cosmovisión del usuario repercutió con la interacción y la comunicación, debido a que el mensaje entregado por el equipo de salud no fue codificado correctamente para la comunidad⁹. En este aspecto, Patiño-Londoño et al.¹², señala que el conocimiento de la cultura de una comunidad puede facilitar el acceso a la salud, ejemplificando con la expresión de dolor en la cultura Wayuu, que es mal vista por la comunidad, y genera un retraso en la atención, especialmente en el parto¹².

DISCUSIÓN

La gran brecha existente en los indicadores de salud entre la población indígena y no indígena, plasman la realidad actual, caracterizada por una gran inequidad entre ambos grupos, siendo siempre los más perjudicados los nativos de la zona. Esta situación, hace urgente la implementación y fortalecimiento de un enfoque intercultural en la salud pública para poder romper las barreras existentes y disponer de un sistema de salud que

sea capaz de otorgar una atención culturalmente sensible. La consolidación de los vínculos es el punto clave para el desarrollo efectivo de los programas e intervenciones en salud intercultural, para su mantención en el tiempo, y que realmente impacten en los indicadores sanitarios.

En esta revisión hemos podido visualizar que la consolidación de los vínculos se logra a medida que existe una mayor participación e involucramiento de la comunidad en el diseño de las intervenciones y programas en salud, siendo la incorporación de un agente comunitario indígena al sistema de salud occidental lo más común y aceptado por parte de la comunidad.

Lamentablemente, podemos apreciar que la mayoría de las intervenciones en salud intercultural analizadas en esta revisión se alinean a un enfoque de superficie más que de una estructura más profunda. Se ha señalado que el enfoque de estructura profunda o de contenido tiene impactos positivos y efectivos sobre la salud de las comunidades indígenas²⁶. La estructura de superficie busca dar a los programas o intervenciones en salud la apariencia de una cultura en particular, de manera que puedan atraer a un grupo determinado. Algunos ejemplos de la estructura de la superficie o "Estrategias de presentación" son: Material educativo y personal bilingües y biculturales; Traducción / retro-traducción de materiales; inclusión de elementos de estilo de vida étnico, como alimentos, música; incorporación de agentes comunitarios como monitores; intervención educativa en entornos grupales; ubicar la intervención educativa en lugares seguros y familiares para los participantes; Provisión de actividades prácticas, divertidas y lúdicas; Incorporación de formatos y actividades culturalmente familiares, tales como formato de novela, juego de lotería, bailes típicos, entre otros²⁷. En cambio, las intervenciones de estructura profunda o "estrategias de contenido", buscan representar los valores

comunitarios, cosmovisiones, visiones de mundo y elementos socio ambientales, donde el contexto cultural es el núcleo del programa o intervención en salud²⁸. Algunos ejemplos son: la Incorporación de valores culturales en el diseño de la intervención y la implicación de los agentes comunitarios en todo el proceso de las intervenciones en salud (en el diseño, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación)²⁷. En este sentido, los programas e intervenciones en salud deben ir avanzando hacia estas estructuras más profundas, de tal forma de poder garantizar el reconocimiento del sistema de salud tradicional y popular. Al respecto, podríamos establecer la necesidad de la aplicación del modelo de intervenciones en salud centrado en la cultura, que favorece el establecimiento de los vínculos, ya que articulan las estrategias en salud con constructos teóricos indígenas, considerando la sabiduría y el conocimiento comunitario en el desarrollo de las intervenciones en salud, y por tanto, tiene el potencial de ayudar a las comunidades nativas a descolonizar y recuperar sus creencias, prácticas y aspiraciones culturales que promueven la salud y el bienestar²⁹.

Una piedra angular para la consolidación de vínculos encontrada en esta revisión fue el escaso conocimiento de salud intercultural y del bajo despliegue de competencias interculturales por parte del equipo de salud, por un lado, la inclusión de las competencias interculturales y la comprensión de la diversidad cultural en los currículos de las carreras sanitarias, constituyen un desafío para la educación superior y para los docentes. Se ha señalado la importancia de incorporar diversas estrategias para las competencias interculturales desde la formación de pregrado, con el propósito que los futuros profesionales puedan enfrentarse a la sociedad diversa y globalizada³⁰. Por otro lado, las políticas públicas y los programas sanitarios permean el “hacer” del ejercicio profesional, así como en el currículo de la formación profesional, por tanto, es necesario que se

valorice la salud intercultural en las políticas públicas y que se inyecten recursos para tal efecto. En esta línea, se establece que el desarrollo de competencias interculturales se debe articular a nivel individual, de formación profesional, del sistema sanitario y de las políticas públicas^{30,-31}.

CONCLUSIONES

En este estudio se encontró que las estrategias que favorecieron la consolidación de vínculos en contexto de intervenciones en salud intercultural en América latina fueron: la inserción de autoridades de medicina tradicional y facilitadores interculturales en la atención de salud; la inclusión de costumbres, creencias y ritos en algunas prestaciones de salud, especialmente en la atención del parto; el desarrollo y la participación de comités comunitarios indígenas en proyectos de intervenciones en salud, principalmente en la etapa de ejecución; la abogacía y el conocimiento de los profesionales de la salud hacia las comunidades que atienden ; la incorporación de la salud intercultural en la formación profesional, con participación activa del grupo estudiantil; y el desarrollo de políticas públicas en salud por el gobierno de turno, que fortalezcan la salud intercultural.

Conflictos de Interés: No se declaran conflictos de interés.

Financiamiento: No hay fuentes de financiamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comisión Económica para América Latina (CEPAL) Cepal. [3PP1]. Los pueblos indígenas en América Latina: Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos [Internet]. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Noviembre de 2014 [Citado el 15 de junio de 2022]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37050/4/S1420783_es.pdf

2. Alarcón A, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2003 Sep [Citado el 15 de junio de 2022];131(9):1061-1065. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>.
3. Tünnermann Bernheim C. América Latina: identidad y diversidad cultural. El aporte de las universidades al proceso integracionista. Polis [Internet]. 2007 [Citado el 15 de junio de 2022];(18). Disponible en: <https://journals.openedition.org/polis/4122>
4. Eroza Solana E, Carrasco Gómez M. La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia. Liminar [Internet]. 2020 [Citado el 15 de junio de 2022];18(1):112-28. Disponible en: <https://liminar.cesmecha.mx/index.php/r1/article/view/725>
5. Kavanagh M, Norato L, Friedman E. Planificación para la equidad en la salud en la Región de las Américas: análisis de los planes nacionales de salud. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2021 [Citado el 15 de junio de 2022];45:e106. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2021.v45/e29/>
6. Urrutia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. Med Clin (Barc) [Internet]. 2010 [Citado el 15 de junio de 2022]; 135 (11): 507-511. Disponible en: https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/PRISMA_Spanish.pdf
7. Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe). Instrumentos para la lectura crítica. [Internet]. [Citado 15 de junio de 2022] Disponible en: <https://redcaspe.org/materiales/>
8. Vieira de Melo, A. Reis de Sant´Ana, G. Haidamus de Oliveira, P. Antonio, L. Bioética e interculturalidade na atenção à saúde indígena. Rev. Bioét [Internet]. Jul-Sep 2021 [Citado el 15 de junio de 2022];29(3):487-498. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/Pf74HnMCysThKmNKWz7hqDf/?lang=pt>
9. Ríos-Camargo Nadia K, Urrego-Mendoza Zulma C. Itinerarios terapéuticos: una revisión de alcance. Rev. Salud Pública [Internet]. 2021 [Citado el 15 de junio de 2022]; 23(1):1-6. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.v23n1.92447>
10. Manriquez-Hizaut M, Lagos Fernández C, Rebolledo Sanhuesa J, Figueroa Huencho. Salud intercultural en Chile: Desarrollo histórico y desafíos actuales. Rev salud pública [Internet]. Nov-Dic 2018 [Citado el 15 de junio de 2022];20(6):759-763. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2018.v20n6/759-763/>

11. Benites M, Shimizu H, Díaz X. Social representations of the health care of the Mbyá-Guarani indigenous population by health workers. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet] 2017 [Citado el 15 de junio de 2022];6(25):e2846. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/ZKxK5SHwtGtvCN4R54NxfrR/?lang=en>
12. Patiño-Londoño S, Mignone J, Castro-Arroyave D, Gómez N, Rojas C. Guías bilingües: una estrategia para disminuir las barreras culturales en el acceso y la atención en salud de las comunidades wayuu de Maicao, Colombia. Salud Colect [Internet]. Jul-Dic 2016 [Citado el 15 de junio de 2022];12(3):415-428. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2016.v12n3/415-428/es/>
13. Ramos R, Hernández M. Tensiones y contradicciones en la intervención gubernamental para la promoción de la lactancia materna. Salud Colect [Internet]. Oct-Dec 2017 [Citado el 15 de junio de 2022];13(4):677-692. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2017.v13n4/677-692/>
14. Velásquez V, López A, Puerto A. Por un futuro mejor: Programa de promoción de la salud para afrodescendientes. Rev Cuid [Internet]. 2016 [Citado el 15 de junio de 2022];7(1):1185-94. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359543375006>
15. Garza N, Salvatierra-Izaba B, Zamora C, Torres D, Mejía A. Impacto del Programa Comedores Comunitarios SINHAMBRE sobre la desnutrición en Chiapas rural mediante el enfoque de Seguridad Alimentaria. PSM [Internet]. Jul-Dic 2018 [Citado el 15 de junio de 2022];16(1):1-30. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-02012018000200003&lang=es
16. Calderón-Torres A, Calderón Chipana J, Mamani-Flores A. Percepción cultural del “embarazo y parto”, en las comunidades campesinas del distrito Ayaviri-Puno. Investig. Valdizana [Internet]. Jul-Sep 2021 [Citado el 15 de junio de 2022];15(3):161-169. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5860/586068621004/586068621004.pdf>
17. Lina A, González V. Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. Jan-Abr 2015 [Citado el 15 de junio de 2022];33(1):7-14. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12033879002>

18. Inuca V, Icaza L, Recalde R, Cevallos J y Romero N. Percepción de la participación de parteras y sanadores tradicionales andinos ecuatorianos en un programa de formación en salud. Revista Duazary [Internet]. Jul-Dic 2014 [Citado el 15 de junio de 2022];11(2):131-138. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156302008>
19. Guzmán-Rosas S, Kleiche-Dray M. La inclusión del conocimiento tradicional indígena en las políticas públicas del Estado mexicano. Gest. polít. pública [Internet]. Jul-Dic 2017 [Citado el 15 de junio de 2022];26(2):297-339. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-10792017000200297&script=sci_arttext
20. Nonato da Cruz Oliveira R, Dos Santos Rosa L. Saúde indígena em tempos de barbárie: política pública, cenários e perspectivas. Rev. Polít. Públicas [Internet] 2014 [Citado el 22 de enero de 2022];18(2):481-495. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321133267012>
21. Langdon E, Garnelo L. Articulación entre servicios de salud y “medicina indígena”: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. Salud colectiva [Internet]. 2017. [Citado el 15 de junio de 2022];13(3):457-470. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1117/1211>
22. Duarte dos Anjos Scherer M, Diehl E. Implantação da telessaúde na atenção à saúde indígena no Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 [Citado el 15 de junio de 2022];30(8):1793-1797. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RQgJXTSt5NmWjNywddgZSbr/?lang=pt>
23. Nieto-Martínez R, González-Rivas JP, Aschner P. Transculturalizing Diabetes Prevention in Latin America. Annals of Global Health [Internet]. 2017 [Citado el 15 de junio de 2022];83(3-4):432-443. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Ramfis-Nieto-Martinez/publication/319285217_Transculturalizing_Diabetes_Prevention_in_Latin_America/links/59a36c70458515fd1ff59ad2/Transculturalizing-Diabetes-Prevention-in-Latin-America.pdf
24. Badanta B, Lucchetti G, Barrientos S. Healthcare and Health Problems from the Perspective of Indigenous Population of the Peruvian Amazon: A Qualitative Study. Int. J. Environ. Res. Public Health [Internet]. 2020 [Citado el 15 de junio de

- 2022];17(21);7728. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/21/7728/htm>
25. Vega R. I(nter)dentificación racial: racialización de la salud materna a través del programa Oportunidades y clínicas gubernamentales en México. Salud Colectiva [Internet]. 2017 [Citado el 15 de junio de 2022];3(3):489-505. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1114/1214>
26. Oetzel J, Rarere M, Wihapi R, Manuel C, Tapsell J. A case study of using the He Pikinga Waiora Implementation Framework: challenges and successes in implementing a twelve-week lifestyle intervention to reduce weight in Māori men at risk of diabetes, cardiovascular disease and obesity. Int J Equity Health [Internet]. 2020 [Citado el 15 de junio de 2022];19(1):103. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01222-3>
27. Barrera M, Castro F, Strycker L, Toobert D. Cultural adaptations of behavioral health interventions: a progress report. J Consult Clin Psychol [Internet]. Abr 2013 [Citado el 15 de junio de 2022];81(2):196-205. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22289132/>
28. Wallerstein N, Oetzel J, Duran B, Magarati M, Pearson C, Belone L, et al. Culture-centeredness in community-based participatory research: contributions to health education intervention research. Health Educ Res. [Internet]. Ago 2019 [Citado el 15 de junio de 2022];34(4):372–388. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31237937/>
29. Dickerson D., Baldwin J., Belcourt A. Encompassing Cultural Contexts Within Scientific Research Methodologies in the Development of Health Promotion Interventions. Prev Sci [Internet]. 2020 [Citado el 15 de junio de 2022];21:33–42. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0926-1>
30. Mews C, Schuster S, Vadja C, Rudolph L, Schmidt L, Bôsnér S, et al. Cultural Competence and Global Health: Perspectives for Medical Education – Position paper of the GMA Committee on Cultural Competence and Global Health. GMS J Med Educ [Internet]. Ago 2018 [Citado el 15 de junio de 2022];35(3): Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30186938/>

ESTRATEGIAS DE CONSOLIDACIÓN DE VÍNCULOS EN CONTEXTO DE INTERVENCIONES EN SALUD INTERCULTURAL EN AMÉRICA LATINA. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA. López L, Rivera J, Véliz L. Revista Chilena de Enfermería 2022. Vol.4 N.1

31. Smith L. A nurse educator`s guide to cultural competence. Nurs Manage [Internet]. Feb 2018 [Citado el 15 de junio de 2022];49(2):11-14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29381532/>