



# Intervenciones para mejorar el acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas en las Américas

Miguel Araujo,<sup>1</sup> Cecilia Moraga,<sup>2</sup> Evelina Chapman,<sup>3</sup> Jorge Barreto,<sup>4</sup>  
y Eduardo Illanes<sup>5</sup>

## Forma de citar

Araujo M, Moraga C, Chapman E, Barreto J, Illanes E. Intervenciones para mejorar el acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas en las Américas. Rev Panam Salud Publica. 2016;(40)5:371-81.

## RESUMEN

**Objetivo.** Sintetizar la evidencia sobre la efectividad de intervenciones diseñadas para mejorar el acceso de los pueblos indígenas a los servicios de salud.

**Métodos.** Revisión de revisiones sistemáticas publicadas hasta julio de 2015, de las cuales se seleccionaron y analizaron solamente los estudios realizados en la Región de las Américas. La búsqueda bibliográfica abarcó Medline, Lilacs, Scielo, EMBASE, DARE, HTA, The Cochrane Library y sitios web de organizaciones. Dos revisores independientes seleccionaron los estudios y analizaron su calidad metodológica. Se realizó una síntesis narrativa de los resultados.

**Resultados.** Veintidós revisiones cumplieron los criterios de inclusión. Todos los estudios seleccionados se realizaron en Canadá y Estados Unidos de América (EE.UU.). La mayoría de las intervenciones fueron preventivas, para sortear barreras geográficas, aumentar el uso de medidas efectivas, desarrollar recursos humanos y mejorar las destrezas o disposición de las personas para atenderse. Los temas incluyeron embarazo, factores de riesgo cardiovascular, diabetes, abuso de sustancias, desarrollo infantil, cáncer, salud mental, oral y lesiones. Algunas intervenciones mostraron efectividad con estudios de calidad moderada o alta: estrategias educativas para prevención de depresión, intervenciones para prevención de caries infantiles y programas multicomponente para promover el uso de asientos de seguridad en niños. En enfermedades crónicas no transmisibles los resultados fueron en general negativos o inconsistentes.

**Conclusiones.** Existen algunas intervenciones que tienen potencial de producir efectos positivos en el acceso a los servicios de salud de las poblaciones indígenas en las Américas, pero los estudios disponibles se limitan a Canadá y EE.UU. Existe una significativa brecha de investigación sobre el tema en América Latina y el Caribe.

## Palabras clave

Salud de poblaciones indígenas; accesibilidad a los servicios de salud; evaluación de eficacia-efectividad de intervenciones; revisión.

En la Región de las Américas, la población indígena asciende a 45 millones de

<sup>1</sup> Clínica INDISA, Santiago, Chile. La correspondencia se debe dirigir a Miguel Araujo. Correo electrónico: araujo.miguel@gmail.com

<sup>2</sup> Ministerio de Salud, Santiago, Chile.

<sup>3</sup> Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, Brasil.

<sup>4</sup> Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, Brasil.

<sup>5</sup> Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile.

personas, pertenecientes a más de 400 pueblos (1). Históricamente, estas poblaciones han sido afectadas por desigualdades en su desarrollo socioeconómico, empleo, alfabetismo y servicios sociales (1-3). Si bien esta sigue siendo la realidad predominante, en algunos países las políticas sanitarias mejoraron los indicadores de acceso, acortaron brechas e inclusive

superaron los resultados de población no indígena (4).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha propuesto directrices para diseñar políticas orientadas a la población indígena (5, 6), recomendaciones para el desarrollo de servicios interculturales (7, 8) y estrategias en grupos específicos (9). Asimismo, la mayoría de los

países posee programas nacionales de salud indígena, aunque en general han sido poco evaluados (10).

La investigación en poblaciones indígenas posee algunas particularidades: la importancia de incorporar en los estudios los intereses y aproximación cultural de las comunidades a los problemas de salud (11), el reconocimiento de su vulnerabilidad y sus implicancias éticas (12, 13), la convivencia entre la medicina occidental y la tradicional, la dispersión geográfica de las comunidades y la consiguiente dificultad para implementar estudios de poder adecuado y asegurar buenas tasas de reclutamiento y retención. Por último, el uso de grupos control no intervenidos puede ser difícil por las actitudes de las comunidades al respecto (14, 15).

El interés de la presente revisión son las intervenciones para mejorar el acceso a servicios y prestaciones de salud efectivas. Esto abarca principalmente intervenciones contra barreras geográficas, económicas, actitudinales -en la comunidad o los equipos de salud-, e intervenciones que aproximan el sistema de salud a la persona.

Es difícil establecer en este tipo de revisiones dónde detenerse en cuanto al diseño de los estudios. Limitarse a los ensayos controlados aleatorizados (ECA) resulta demasiado restrictivo, pero el límite inferior no ha sido fijado. El grupo Effective Practice and Organisation of Care de la Colaboración Cochrane sostiene que “la inclusión de estudios no controlados antes-después o estudios transversales está totalmente desaconsejado. Es difícil, si no imposible, atribuir causalidad a partir de tales estudios” (16). En esta revisión, el análisis privilegió los estudios más robustos, pero consideró todo el conjunto de evidencia.

Sobre la posibilidad de extrapolar los resultados de los estudios, McCalman (2012) llevó a cabo una revisión sobre la transferencia de programas de salud indígena promisorios hacia otros contextos, pero encontró muy poca información o conceptualización teórica del tema (17). La competencia cultural es considerada un moderador potencialmente importante del efecto de las intervenciones en población indígena (18); sin embargo, tampoco existen suficientes estudios que hayan evaluado el tema (19-21).

La presente revisión tiene por objetivo caracterizar la evidencia en el tema y conocer qué estrategias son potencialmente efectivas para mejorar el acceso de

la población indígena a los servicios de salud en las Américas y que pudieran ser replicadas o adaptadas en otras realidades dentro del continente.

## MÉTODOS

Se realizó una revisión de revisiones sistemáticas publicadas hasta el 31 de julio de 2015. Las revisiones debían referirse a la evaluación de efectividad de intervenciones de cualquier naturaleza, destinadas a mejorar el acceso a los servicios de salud de poblaciones indígenas de las Américas. Se incluyeron artículos indexados y literatura gris en idioma inglés, español o portugués. Se excluyeron estudios sin datos suficientes, duplicados y versiones anteriores de una misma revisión.

Se realizó una búsqueda en Medline, Lilacs, Scielo, EMBASE, DARE, HTA Database, The Cochrane Central Library, REPIDISCA, PAHO/WHOLIS y los sitios web de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la OPS, el Organismo Andino de Salud, la Fundación Panamericana de la Salud y Educación, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, y las listas de referencias de los artículos. Se usaron combinaciones de términos MeSH/Decs o texto libre (American Native Continental Ancestry Group[Mesh], Health Services, Indigenous[Mesh], United States Indian Health Service[Mesh], *aborigin\**, *indian\**, *indigen\**, *amerindian\**), refinadas según necesidad, y una estrategia en “bola de nieve” mediante las funciones de artículos relacionados de las bases de datos. Se utilizaron filtros metodológicos para revisiones sistemáticas (filtro de la National Library

of Medicine para PubMed, y filtro del BMJ Evidence Centre Information para Embase), o se aplicó la opción de filtro para revisiones que ofrecía la fuente.

Dos revisores independientes realizaron una preselección a partir de títulos y resúmenes, y luego analizaron los textos completos de los artículos preseleccionados para establecer el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión. Las discrepancias entre revisores se resolvieron por consenso simple.

La calidad metodológica de las revisiones fue evaluada por dos revisores mediante el instrumento AMSTAR (22). La escasa información sobre los estudios primarios en las revisiones y la alta heterogeneidad de las intervenciones hizo impracticable aplicar el sistema GRADE (23) para calificar la calidad de la evidencia sobre cada una de las variables de resultado relevantes. De todas formas, se entrega una orientación al respecto en la síntesis final, basada en el diseño de los estudios, su consistencia y la magnitud de los efectos, cuando hubo datos analizables.

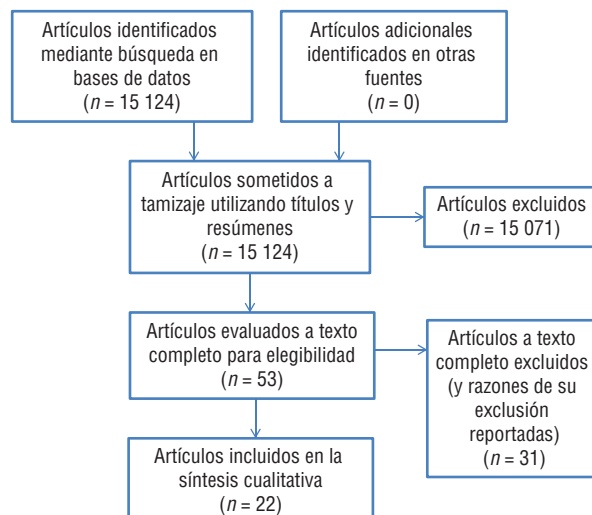
Se extractaron los datos en cuadros y se confeccionaron síntesis narrativas de los resultados para cada forma de intervención o condición de salud evaluada.

## RESULTADOS

### Resultados de la búsqueda

En la figura 1 se resume el proceso de búsqueda (24). De varios cientos de referencias iniciales, se excluyeron duplicados y estudios que no satisfacían los criterios de inclusión y quedaron

FIGURA 1. Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de los artículos.



53 artículos preseleccionados. Se analizaron los textos completos de estos artículos y se llegó a un total definitivo de 22 revisiones (25-46).

### Características de los estudios seleccionados

En el cuadro 1 se resumen las principales características de los estudios seleccionados. El puntaje AMSTAR promedio fue 6,6 puntos (rango 3-11). Las limitaciones más frecuentes fueron no identificar los estudios excluidos (18/22), no haber utilizado dos revisores independientes para seleccionar y extraer los datos (15/22) y no haber evaluado el potencial sesgo de publicación (15/22). En casi dos tercios de los casos (14/22) se analizó y consideró la calidad metodológica de los estudios primarios en la formulación de las conclusiones.

La mayoría de las revisiones están centradas en Canadá y EE.UU. y, de aquellas sin restricción geográfica, ninguna identificó estudios en América Latina o el Caribe. Predomina una baja exigencia respecto del diseño de los estudios primarios. El énfasis de las intervenciones son condiciones del nivel primario de atención de la salud, promocionales y preventivas, pero también se abordan tratamientos (cuadro 2). Las intervenciones estuvieron dirigidas a sortear barreras geográficas (programas de telemedicina, visitas a comunidades alejadas, apoyo para el transporte, clínicas móviles), aumentar la utilización de medidas efectivas por los profesionales de salud o usuarios (programas multicomponente, estrategias educativas, recordatorios u otras técnicas conductuales), intervenciones que acercan las prestaciones a la población (visitas domiciliarias, estrategias basadas en la escuela), desarrollo de recursos humanos (fomento de la formación de profesionales o agentes nativos, educación, reclutamiento y retención de profesionales que proporcionan atención a comunidades, incorporación de competencias culturales en los currículos) e intervenciones para mejorar las destrezas o disposición de las personas a buscar atención médica (asistencia personalizada al paciente con cáncer durante proceso de atención –conocida como “navegación de pacientes”–, estrategias educativas, implementación participativa, adaptación cultural, agentes comunitarios de salud).

### Síntesis de evidencia

**Embarazo.** En una revisión sobre intervenciones perinatales en comunidades indígenas de Canadá y EE.UU., Bloom (2012) identificó dos estudios antes-después no controlados (Burd 2007, Duffy 1994) sobre una intervención educativa para prevención de muerte súbita y otra del tipo *baby shower* comunitaria (recepción en honor de mujer embarazada con actividades alusivas al embarazo y entrega de regalos) que solo reportan resultados en conocimientos y otras dos evaluaciones no controladas sobre programas de salud perinatal (Davis 2001, Prater 2002), que mostraron algunos resultados positivos en cuidados prenatales. Otros cuatro estudios referidos a prevención de consumo de sustancias y desarrollo infantil se abordan más adelante.

**Prevención de factores de riesgo cardiovascular y diabetes mellitus.** Teufel-Shone (2009) analizó intervenciones de promoción de actividad física en poblaciones indígenas de Canadá y EE.UU. Los estudios abarcan 64 intervenciones, agrupadas en tres estrategias: a) modelo intergeneracional (actividades familiares comunitarias o en la escuela); b) intervenciones sobre el entorno (escolar, comunitario, centros de actividad física, vías para caminatas) y c) currículo educativo. Solo un tercio incluyeron algún esfuerzo de adaptación cultural (a través de miembros de la comunidad y uso de materiales adecuados culturalmente). De las 27 intervenciones con alguna evaluación de impacto, 11 muestran resultados estadísticamente significativos en medidas como capacidad física, presión arterial, glicemia, colesterol, hemoglobina glicosilada, peso, frecuencia de actividad física, o conocimientos.

Más recientemente, Laws (2014) revisó intervenciones para prevenir la obesidad en niños hasta cinco años, y encontró dos estudios en población indígena de EE.UU. Uno es un ECA pequeño (Harvey-Berino, 2003) sobre un programa de visitas domiciliarias entregado por un educador indígena, que mejoró las prácticas de alimentación familiar, sin reducciones significativas en índice de masa corporal. El otro es un estudio cuasiexperimental (Karanja, 2010) de visitas domiciliarias durante los dos primeros años de vida que no mostró efecto sobre medidas antropométricas.

Towns (2014) recopiló tres ECA, un estudio cuasi experimental y tres estudios antes-después sobre intervenciones para prevenir obesidad en niños aborígenes de Canadá y EE.UU., incluyendo programas educativos para la comunidad y profesores, intervenciones sobre dieta y ejercicio, facilitadores, y adecuación de la estructura de las escuelas. Los tres ECA no demostraron cambios significativos en medidas antropométricas, aunque hubo mejorías en la dieta en dos de ellos (un programa de visitas domiciliarias –el mismo de Laws– y otro basado en la escuela y la comunidad).

Por último, Godin (2015) también revisó programas basados en la escuela para prevenir obesidad en jóvenes indígenas de Canadá. De los 15 estudios identificados, solo dos utilizaron grupos comparables. Ninguno de los tres programas que evaluaron actividad física mostró un efecto consistente. Tampoco se observó cambios de conducta alimentaria, salvo con el denominado *snack programme* (programa de colaciones). De cinco estudios que midieron índice de masa corporal, solo uno mostró una reducción significativa.

Los estudios analizados reafirman que, si bien existe un potencial de efecto en este tipo de programas, los hallazgos son poco alentadores y se limitan a cambios en la dieta con escaso impacto en medidas antropométricas. La escasa información sobre efectos de más largo plazo sugiere, además, que estos decaen significativamente con los años. Tampoco se identificaron moderadores de efecto de las intervenciones.

**Abuso de sustancias (drogas y alcohol).** Dos revisiones estuvieron enfocadas en el tratamiento de trastornos por uso de sustancias en población indígena (Greenfield 2012, Montag 2012). Ambas mezclan sin distinción múltiples diseños y entregan poco detalle sobre sus características.

Greenfield (2012) distingue un grupo de estudios “antiguos” realizados hasta 1997, principalmente no controlados y con altas pérdidas de seguimiento (15% a 50%) y otro grupo hasta 2011. Los autores destacan que, pese a la adaptación cultural de la mayoría de las intervenciones, no es claro que esta mejore los desenlaces. La revisión encontró solamente dos ECA, uno sobre un tratamiento farmacológico y otro (Foley 2010) que encontró una disminución en el consumo tras una intervención para búsqueda de empleo.

**CUADRO 1. Características de las 22 revisiones seleccionadas sobre intervenciones para mejorar el acceso a los servicios de salud de las poblaciones indígenas**

Autor (año)	Objetivos	Puntaje AMSTAR	Período de búsqueda	Número y tipo de estudios	Participantes y características de los grupos	Intervenciones	Resultados
Bloom (2012)	Identificar intervenciones que mejoren los desenlaces del embarazo y reduzcan la mortalidad infantil en comunidades indígenas	5	1986-2011	Un metaanálisis de estudios observacionales, dos ECA, cinco cuasiexperimentales o antes-después no controlados	Indígenas nativos de Canadá y EE.UU.	Programa de VD para mujeres embarazadas de riesgo, intervenciones educativas sobre salud perinatal, intervención de tipo <i>baby shower</i> comunitaria	Los dos ECA de VD mostraron resultados positivos en conducta materno infantil. Otros diseños: resultados positivos en modificación de hábitos de consumo y control prenatal en tres de cuatro estudios
Bryant (2011)	Evaluar la efectividad de intervenciones conductuales para cesación de tabaco en grupos desaventajados	8	Hasta octubre de 2010 (sin límite de antigüedad)	Un ECA en grupos indígenas de las Américas	Mujeres nativas embarazadas de Alaska asistentas a clínicas prenatales	Consejería cara a cara, refuerzo telefónico y audiovisual	Prevalencia puntual de abstinencia durante los últimos siete días: 6% en GI versus 0% en GC (NS)
Carson (2012a)	Evaluar la efectividad de los programas para prevenir el consumo de tabaco en poblaciones de jóvenes indígenas	11	Hasta noviembre de 2011 (sin límite de antigüedad)	Dos ECA	Nativos americanos de EE.UU. y niños de 10 y 11 años	Intervenciones comunitarias multicomponente, adaptadas culturalmente, de amplio alcance y basadas en la escuela y participación comunitaria	En ambos estudios no hubo diferencia ES en el consumo a 6 y a 42 meses
Carson (2012b)	Evaluar la efectividad de las intervenciones para dejar de fumar en las poblaciones indígenas	11	Hasta mayo de 2011 (sin límite de antigüedad)	Estudio cuasiexperimental	Consultantes adultos de clínicas de salud indígena urbanas de cuatro sitios de EE.UU.	Adaptación cultural del modelo <i>Doctors Helping Smokers</i> , que incluye detección del hábito, recordatorios, reforzatorios y seguimiento. Intervenciones preventivas comunitarias multicomponente	No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de abstinencia entre los grupos
Clifford (2013)	Evaluar las intervenciones de prevención de suicidio dirigidas a pueblos indígenas de Australia, Canadá, EE.UU. y Nueva Zelanda	8	1981 - mayo 2012	Seis estudios de la región de las Américas, cuasiexperimentales, series de tiempo y antes-después no controlados	Jóvenes y adolescentes de comunidades rurales (uno en contexto universitario) de Canadá y EE.UU.	Intervenciones preventivas comunitarias multicomponente	Estudios controlados: intervención basada en la escuela mostró reducción NS de ideación suicida ( $P < 0,07$ ), la restricción comunitaria al consumo de alcohol se asoció a menor mortalidad por suicidio ( $P < 0,05$ ) y muertes violentas
Clifford (2015)	Evaluar intervenciones para mejorar la competencia cultural en atención de pueblos indígenas en Australia, Canadá y Nueva Zelanda	6	2002-2013	Dieciséis estudios: cinco de Australia y 11 de EE.UU. Nueve antes-después, tres solo después, dos ECA y dos cohortes	Profesionales de salud o grupos de pacientes indígenas (cáncer, diabetes, problemas cardiovasculares y tabaquismo)	Navegación de pacientes, estrategias educativas, consejería y otras, de tres categorías: educación y formación, programa cultural específico y fuerza de trabajo de salud indígena	Revisión que solo expone los resultados positivos, que se limitan principalmente a mejoras en conocimientos, actitudes o satisfacción usuaria
Eschiti (2012)	Determinar estado del arte de la efectividad de los programas de navegación de pacientes con cáncer	3	Sin límite de tiempo hasta 2010	Ocho estudios, cuatro descriptivos, dos antes-después no controlados, uno observacional controlado, un ECA	Pacientes de comunidades indígenas americanas y nativos de Alaska	Programa de navegación (ayuda personalizada al paciente durante el manejo del cáncer en el sistema de salud)	ECA: diferencia en tasa de mamografías entre ramas con navegación versus control NS. Veintinueve por ciento de pérdidas de seguimiento
Gibson (2015b)	Evaluar iniciativas para mejorar gestión de la diabetes en adultos indígenas de Australia, Canadá, EE.UU. y Nueva Zelanda	6	Enero de 1985 a marzo de 2012	Cuatro estudios de EE.UU. (tres medidas repetidas y uno antes-después) y tres de Canadá (un ECA y dos antes-después)	Servicio de Salud Indígena de EE.UU., diabéticos de comunidades de zonas remotas y servicios de atención primaria de Canadá	Programas que incluyen entrega de insumos para monitoreo de glucemia, referencia a especialistas, educación, equipos multidisciplinarios de apoyo, cuidado de los pies	EE.UU: disminución de un punto (ES) en niveles de HbA1c en dos estudios y reducción de aproximadamente 60% en la incidencia de amputaciones en otro Canadá: resultados negativos en los tres estudios

(Continúa)

**CUADRO 1. (Continúa)**

Autor (año)	Objetivos	Puntaje AMSTAR	Período de búsqueda	Número y tipo de estudios	Participantes y características de los grupos	Intervenciones	Resultados
Godin (2015)	Evaluar la efectividad de programas basados en la escuela para prevenir obesidad en jóvenes indígenas de Canadá	6	2003-2014	Quince estudios sobre siete programas. Dos utilizaron grupos comparables, uno utilizó un grupo no equivalente, 12 fueron no controlados	Comunidades rurales y remotas, reservas de primeras naciones y comunidades vecinas a grandes urbes	Programas multicomponente en escuela: sesiones de actividad física, promoción de alimentación saludable, clases de salud, acciones comunitarias o para el hogar	Ningún programa que evaluó actividad física demostró efectividad. En alimentación saludable, solo uno de siete programas ( <i>snack programme</i> ) mostró mejoría en la conducta alimentaria. En obesidad, solo hubo reducción ES en el IMC en un programa.
Gone (2007)	Evaluar efectividad de intervenciones de salud mental para indios americanos y nativos de Alaska; excluye abuso de sustancias	5	No reportado; el estudio más reciente corresponde a 2005	Nueve estudios reportaron efectividad, tres de ellos cuasiexperimentales, seis antes-después no controlados	Habitantes de reservaciones indígenas americanas	Intervenciones basadas en la reservación o en la escuela, de prevención de suicidio, de depresión en adultos o conducta antisocial en niños	Estudios controlados muestran menores síntomas depresivos, pero la revisión no aporta datos cuantitativos
Gould (2013)	Sintetizar la investigación sobre los mensajes anti-tabaco específicos para poblaciones indígenas, difundidos por campañas en los medios	6	Hasta octubre de 2011 (sin límite de antigüedad)	Tres ECA, uno de tamizaje de cáncer que no mide tabaco, otro con solo 2% de nativos (ambos excluidos) y el mismo estudio de la revisión de Bryant (2011)	Mujeres nativas americanas embarazadas (Patten 2010)	Video y materiales educativos, consejería cara a cara	La tasa de reclutamiento fue muy baja (12%), por lo que la muestra fue pequeña (n = 35) y no se observaron diferencias ES en la tasa de abandono entre los grupos
Greenfield (2012)	Sintetizar la literatura sobre el tratamiento de los trastornos asociados al uso de drogas y alcohol en población nativa americana	4	1965-2011	Veinticuatro estudios, 50% con foco residencial y 21% ambulatorio; la mayoría eran no controlados, solo dos ECA, uno de fármacos y otro de programas proempleo	Indígenas nativos americanos y de Alaska		
Harlow (2014)	Evaluar los programas de prevención de suicidio en jóvenes indígenas en Australia, Canadá, EE.UU. y Nueva Zelanda	8	Período no especificado; búsqueda realizada en setiembre de 2012; estudios seleccionados abarcan desde 1994 a 2010	Siete estudios de EE.UU., uno sobre una intervención clínica y el resto preventivos. Un estudio cuasiexperimental, cuatro antes-después no controlados y dos cualitativos	Estudiantes indígenas y tribus (comunidad entera de EE.UU.)	Intervención cognitivo-conductual en escuelas, educación y apoyo de pares, entrenamiento a líderes de la comunidad, investigación participativa comunitaria	Disminución de síntomas en un estudio, menor ideación, gestos y conductas suicidas en dos de cuatro estudios basados en educación y apoyo de pares o comunitario, sin cambios en suicidios consumados
Ishikawa (2014)	Evaluar la efectividad de intervenciones comunitarias y poblacionales para la seguridad de niños y aborígenes pasajeros de vehículos	9	Hasta setiembre de 2012	Cinco de Canadá y EE.UU.: un ensayo no aleatorizado, dos antes-después no controlados, un corte transversal y un estudio ecológico	Uno dirigido a facilitadores comunitarios, tres a los niños y otro una campaña de medios	Programas de entrega, préstamo o sorteo de asientos para niños, VD, campañas, leyes, clínicas demostrativas, la mayoría con participación comunitaria	Aumento de 30% a 40% en el uso de asiento para niños posintervención en los cuatro estudios que evaluaron este desenlace
Laws (2014)	Examinar la efectividad de las intervenciones para prevenir obesidad en niños de 0 a 5 años de familias indígenas desaventajadas	9	Enero de 1993 a noviembre de 2013	Solo dos de 32 en EE.UU. Un ECA pequeño y un diseño cuasiexperimental	Niños de hasta 5 años de familias indígenas con desventajas socioeconómicas	En el ECA se utilizó un programa de 16 VD por un educador indígena, con fomento de conductas saludables. En el estudio cuasiexperimental se evaluó una campaña comunitaria prolactancia, sola o con VD hasta los dos años	El ECA mostró mejoría de prácticas de alimentación de padres y niños y una débil reducción de peso. En el estudio cuasiexperimental se encontró una mayor tasa de lactancia frente a la media nacional en dos de tres tribus, pero el IMC-Z aumentó en todas.

(Continúa)

**CUADRO 1. (Continúa)**

Autor (año)	Objetivos	Puntaje AMSTAR	Período de búsqueda	Número y tipo de estudios	Participantes y características de los grupos	Intervenciones	Resultados
MacLean (2012)	Evaluar la efectividad de intervenciones terapéuticas psicosociales para usuarios de drogas intravenosas	6	1980-2009	Tres en indígenas de Canadá: dos estudios antes-después no controlados y una serie de casos pequeña	Aborígenes jóvenes usuarios de drogas intravenosas y otras; la mayoría estaban en servicios de rehabilitación residencial y comunitarios	Programas residenciales, con participación familiar y componentes tradicionales indígenas, administrados por las comunidades	Estudios antes-después: uno reportó 83% de abandono y 72% de recaída postratamiento; el otro reportó 27% de abandono y 82% de abstinencia a seis meses
Montag (2012)	Revisar intervenciones para reducir el consumo de alcohol en mujeres nativas americanas	3	Hasta 2011 (sin límite de antigüedad)	Trece estudios heterogéneos; la mayoría eran series de casos, un ECA, con baja proporción de mujeres	Nativas americanas y de Alaska intervenidas antes o durante la gestación	1) Intervenciones estándares, 2) programas comunitarios, 3) programas con modelos tradicionales y 4) modelos de prevención selectiva adaptados a población nativa	1) Escasa reducción en el consumo y alta tasa de abandono, 2) 40% a 70% de abstinencia o reducción de consumo a 1 a 3 años, 3) S/I y 4) resultados heterogéneos, positivos para consumo y uso de contracepción en algunas series
Redvers (2015)	Explorar la literatura sobre intervenciones de prevención de suicidio en indígenas circumpolares	8	2004 hasta marzo de 2014	Siete estudios: uno cuasiexperimental, una encuesta, un análisis epidemiológico y cuatro cualitativos	Población indígena nativa de Alaska, Inuit y Yupik	Diversos programas de prevención a nivel comunitario	Resultados cualitativos, no se reportan variables clínicas
Saini (2013)	Caracterizar y evaluar la relevancia y aplicabilidad de los ECA utilizados para estudiar problemas de salud en indígenas	7	2000-2010	Cateroce de 22 estudios se refieren a intervenciones para mejorar el acceso en indígenas de las Américas	Poblaciones de aborígenes de Australia, Canadá y EE.UU.	Múltiples, sobre obesidad, diabetes, salud mental, crianza, conducta infantil y abuso de sustancias; la mayoría con elementos de adaptación cultural	Cinco estudios en escuela mostraron efecto en la conducta alimentaria, pero no en la actividad física; dos estudios en adultos sin efectos en el peso ni en la actividad física; dos estudios sobre salud oral (flor tóxico e intervención motivacional) mostraron reducción de riesgo de caries, cinco no reportan medidas clínicas
Teufel-Shone (2009)	Describir las intervenciones de promoción de actividad física	3	Enero de 1986 hasta setiembre de 2006	Cuarenta estudios de revistas revisadas por pares y 41 de literatura gris, sin detalles del diseño de los estudios; excluye ALC	Treinta y siete estudios en niños o jóvenes, 17 en escuela, 13 para toda la comunidad, seis en ancianos y tres en diabéticos	Sesenta y cuatro de tres tipos: actividades intergeneracionales, cambios del entorno o política locales y currículo educativa, 22 incluyeron adaptación cultural	En solo 27 intervenciones se analizó el impacto sobre algún tipo de desenlace, de los cuales 11 muestran resultados significativos en la frecuencia cardíaca, presión arterial, glucemia, colesterol, HbA1c, pero, frecuencia de actividad física y, en dos casos, conocimientos
Towns (2014)	Evaluar intervenciones para no clínicas para prevenir obesidad en niños aborígenes de Canadá y EE.UU.	5	Enero de 2000 a enero de 2012	Siete intervenciones evaluadas con tres ECA, un estudio cuasiexperimental y tres estudios antes-después no controlados	Niños de 0 a 18 años de comunidades indígenas de Canadá y EE.UU	Dos en el hogar, dos en la escuela o después de escuela, tres mixtas (escuela y comunidad); educación sobre dieta y ejercicio a profesores, facilitadores y adecuación de la estructura de las escuelas	Mejorías parciales en la dieta en dos de los tres ECA; ninguno de los programas mostró evidencia clara de efectividad; los autores no entregan medidas de efecto, solo informan si fueron ES
Zhu (2012)	Evaluar la efectividad de intervenciones para aumentar el tamizaje de cáncer en poblaciones aborígenes	7	Enero de 2001 a mayo de 2011	Ocho en Canadá y EE.UU., seis con diseño antes-después, no controlados	Aborígenes mayores de 18 años, solo se encontraron estudios en mujeres	Navegación de agentes, VD, promoción por expacientes o asesores de la comunidad, entrenamiento a enfermeras para practicar tamizaje, servicios móviles, traslado al examen, días de mamografía, marketing, multimedia	

VD, visitas domiciliarias; ECA, ensayos controlados aleatorizados; ES, estadísticamente significativo; IMS, estadísticamente no significativo; S/I, sin información; EE.UU., Estados Unidos de América; GI, grupo intervenido; GC, grupo control; HbA1c, hemoglobina glicosilada; IMC, índice de masa corporal; IMC-Z, puntaje Z del índice de masa corporal; ALC, América Latina y el Caribe.

**CUADRO 2. Condiciones de salud a las que se refieren los estudios de revisión seleccionados**

Condición de salud	Revisiones	
	n	Autor (año)
Embarazo	1	Bloom (2012)
Prevención de factores de riesgo cardiovascular y diabetes mellitus (actividad física, obesidad, hiperlipidemia)	5	Teufel-Shone (2009), Saini (2013), Laws (2014), Towns (2014), Godin (2015)
Abuso de sustancias y alcohol	3	Greenfeld (2012), Montag (2012), MacLean (2012)
Tabaco	5	Bloom (2012), Bryant (2011), Carson (2012a), Carson (2012b), Gould (2013)
Desarrollo infantil	2	Bloom (2012), Saini (2013)
Cáncer	2	Eschiti (2012), Zhu (2012)
Salud mental y prevención de suicidio	4	Gone (2007), Clifford (2013), Redvers (2015), Harlow (2014)
Diabetes	1	Gibson (2015b)
Salud oral	1	Saini (2013) <sup>a</sup>
Prevención de lesiones	1	Ishikawa (2014)
Otros	2	Saini (2013) <sup>a</sup> , Clifford (2015) <sup>b</sup>
Total	22 <sup>c</sup>	

<sup>a</sup> El objetivo fue identificar ensayos clínicos aleatorizados en población indígena, en cualquier materia.

<sup>b</sup> Intervenciones para mejorar la competencia cultural en la atención de pueblos indígenas.

<sup>c</sup> Algunas revisiones abarcan más de una condición de salud.

Montag (2012) analizó intervenciones para reducir el consumo de alcohol antes o durante la gestación. La mayoría de los estudios fueron series no controladas. Con todo, existen algunos modelos de prevención selectiva que están siendo adaptados a población nativa. Intervenciones evaluadas por ECA, como los proyectos CHOICES (*Changing High Risk Alcohol Use and Increasing Contraception Effectiveness Study*) y BALANCE (*Birth Control and Alcohol Awareness*), han arrojado resultados positivos. Otras como el modelo SBI (*Screening and Brief Intervention*), en cambio, no han demostrado efecto.

Una tercera revisión (MacLean 2012) analizó intervenciones psicosociales para usuarios de sustancias volátiles, e incluye dos estudios antes-después no controlados en poblaciones de indígenas americanos (Coleman 2001, Dell 2005). Ambos utilizaron rehabilitación residencial, involucramiento familiar y componentes tradicionales. Los resultados fueron dispares, con alta tasa de abandono en uno y cifras de abstinencia prometedoras en otro.

**Tabaquismo.** Carson (2012a, 2012b) ha publicado dos revisiones sistemáticas Cochrane, una sobre intervenciones para prevenir la iniciación en el consumo de tabaco o la progresión al consumo regular en jóvenes indígenas, y otra sobre intervenciones para dejar de fumar en poblaciones indígenas. De estas se extrajeron los datos de estudios realizados en las Américas.

Dos ECA de EE.UU. (Gilchrist 1987, Schinke 1994) evaluaron intervenciones preventivas multicomponente, adaptadas

culturalmente, basadas en la escuela. En ambos no hubo diferencia en consumo a 6 y 42 meses de seguimiento. El único estudio sobre tratamiento fue una investigación cuasiexperimental (Johnson 1997), que evaluó una intervención en clínicas de salud que atienden indígenas urbanos, sin demostrar efecto.

Bryant (2011) publicó una revisión sobre intervenciones conductuales para cesación del tabaquismo, que incluye un ECA pequeño (Patten 2010) en mujeres embarazadas nativas de Alaska que recibieron consejería cara a cara, reforzamiento telefónico y materiales educativos versus consejería breve. No se observaron diferencias significativas en la tasa de abandono entre los grupos.

Por último, tres estudios incluidos en la revisión de Bloom (2012) sobre intervenciones en mujeres embarazadas muestran disminución de consumo, pero se trata de diseños no controlados o con controles históricos.

**Desarrollo infantil.** Las revisiones de Bloom (2012) y Saini (2013) aportaron tres ECA pequeños de Canadá y EE.UU. Barlow (2006) evaluó un programa de visitas domiciliarias para adolescentes embarazadas, adaptado culturalmente y basado en el programa "Healthy Families America", que mostró mejor conocimiento sobre cuidados del niño y mayor involucramiento materno a los primeros dos meses del período posparto, pero no a seis meses. Otro programa de visitas domiciliarias dirigidas a mujeres embarazadas (Walkup 2009) mostró aumento

del conocimiento parental y menores síntomas externalizantes e internalizantes en los niños durante el primer año de vida, sin efecto en desenlaces maternos. Por último, un tercer ECA (Martens 2001) sobre una intervención educativa para adolescentes mostró un aumento positivo de creencias sobre la lactancia.

**Navegación de pacientes (cáncer).** Eschiti (2012) analizó la efectividad de programas de navegación de pacientes con cáncer en EE.UU. y encontró un solo ECA (Dignan 2005) que no mostró diferencias en la tasa de mamografías en mujeres que recibían navegación telefónica versus presencial; la comparación entre las dos ramas sometidas a navegación versus la rama de control sin navegación no es confiable por limitaciones metodológicas y un alto porcentaje de pérdidas de seguimiento. Los restantes estudios identificados en esta revisión corresponden a diseños no controlados y con muestras pequeñas, que no aportan evidencia de efectividad.

**Estrategias para promover el tamizaje de cáncer.** Zhu (2012) evaluó intervenciones para tamizaje de cáncer en poblaciones indígenas. Además del estudio de Dignan ya mencionado, otro ECA (Katz 2007) evaluó un programa educativo focalizado en mamografía y Papanicolaou, mediante un asesor comunitario y visitas domiciliarias, que no demostró diferencias entre los grupos. Otros estudios muestran mejorías en las tasas de tamizaje después de la introducción de programas

de salud pública (Brown 2011, Decker 2008, Petersen 2002) pero se trata de investigaciones no controladas. No se encontró evidencia de efectividad de las campañas de *marketing* social, “días de mamografía”, ni educación multimedia.

**Prevención de suicidio.** Dos revisiones recientes han sido dedicadas a la prevención de suicidio en poblaciones indígenas. Harlow (2014) identificó siete estudios de EE.UU. sobre intervenciones dirigidas a jóvenes de Canadá, EE.UU. y Oceanía. Todos los programas fueron adaptados para la cultura indígena y utilizaron estrategias multicomponente (educación sobre suicidio, entrenamiento a líderes de opinión del colegio y la comunidad, apoyo de pares), la mayoría implementaron en colegios. Solo uno fue controlado (La Fromboise 1995), sin asignación aleatoria y se realizó en pequeñas comunidades. Descontando los efectos en conocimientos, solo dos de los cinco estudios cuantitativos (La Fromboise y otro no controlado) encontraron menor ideación y gestos suicidas tras la intervención, sin menor incidencia de suicidio consumado.

Redvers (2015) revisó intervenciones de prevención de suicidio en comunidades del Norte circumpolar y encontró solo un estudio cuasi experimental (Allen 2009), que no aporta información sobre variables clínicas.

**Depresión.** En 2007, Gone revisó la efectividad de intervenciones de salud mental dirigidas a población indígena de EE.UU., identificando solo tres estudios cuasi experimentales con muestras pequeñas. De ellos, Manson (1995) evaluó una adaptación del curso Coping With Depression para adultos mayores que arrojó resultados positivos en sintomatología. Los dos restantes son el estudio de La Fromboise (1995) ya comentado y un ensayo farmacológico.

**Manejo de diabetes.** Gibson (2015) identificó cuatro estudios que evaluaron programas vinculados al Indian Health Service de EE.UU., que incluyen servicios de atención primaria de la salud y de referencia a especialistas, y tres programas comunitarios canadienses más focalizados, dos de ellos basados en visitas domiciliarias. Salvo un ECA que evaluó uno de los programas de Canadá, los restantes estudios fueron observacionales, especialmente diseños antes-después y de medidas repetidas.

Los estudios canadienses no demostraron efectividad de los programas, mientras que tres de los cuatro estudios conducidos en EE.UU. sí exhibieron mejorías en los niveles de hemoglobina glicosilada y, en uno de ellos, menor tasa de amputaciones.

**Salud oral.** La revisión de Saini (2013) incluye un ECA pequeño que evaluó una entrevista motivacional para la prevención de caries en niños (Harrison 2010), que encontró un menor riesgo de extracción dental (34% versus 49%), y un ECA por conglomerados (Lawrence 2008) sobre aplicaciones de barniz fluorurado, que se asociaron a una menor incidencia de caries.

**Trauma y prevención de lesiones no intencionales.** Ishikawa (2014) sintetizó la evidencia sobre intervenciones comunitarias o poblacionales para mejorar la seguridad de niños indígenas como pasajeros de vehículos. El autor recopiló un ECA y cuatro estudios no controlados. Las intervenciones, que abarcaron entrega de información y entrega de asientos infantiles con demostraciones sobre su uso, se asociaron consistentemente a 30% a 40% de mayor uso de estos dispositivos.

**Intervenciones para mejorar la competencia cultural de la atención de salud.** Clifford (2015) condujo una revisión sobre este tipo de intervenciones mediante educación de los equipos de salud, programas culturalmente específicos y reclutamiento de personal de origen indígena. Si bien reportan mejoras de la confianza en los profesionales y satisfacción de los pacientes, los autores recalcan las múltiples limitaciones metodológicas de los estudios, que impiden inferir cuál es la influencia de este componente en el efecto de las intervenciones.

En el cuadro 3 se presenta una síntesis de los hallazgos. Se advierte que este resumen simplifica un escenario complejo conformado por estudios muy heterogéneos, que admiten conclusiones diversas.

## CONCLUSIONES

Se presentó una síntesis actualizada de la evidencia sobre la efectividad de diversas intervenciones dirigidas a mejorar el acceso a la salud de las poblaciones indígenas en las Américas. La mayoría de los estudios corresponden a

diseños con alto potencial de sesgo, muchos de ellos no controlados o con controles no comparables, o bien con desenlaces intermedios. Esta situación no difiere mucho de lo observado en otras regiones fuera de las Américas (47, 48). Por ello, este esfuerzo de sistematización ha servido más para reconocer la escasez de evidencia que para aportar certezas científicas.

Ninguna de las revisiones seleccionadas incluyó estudios realizados en América Latina o el Caribe (ALC), ya sea porque se excluyeron deliberadamente investigaciones fuera del ámbito anglosajón, o simplemente porque la búsqueda bibliográfica no arrojó estudios en ALC. A ello pudo contribuir también el hecho de que varias de las revisiones no exploraron la literatura gris (estudios no indexados en bases de datos electrónicas).

Los resultados de la revisión sugieren que hay intervenciones que tienen potencial de producir efectos en el acceso a los servicios de salud. No obstante, dado que los estudios fueron realizados en países de ingresos altos, es difícil predecir el comportamiento de dichas intervenciones en contextos tan disímiles como los que exhibe el resto de la región. Lo mismo ocurre con su aplicabilidad. A modo de ejemplo, programas realizados en Canadá o EE.UU. a base de múltiples visitas domiciliarias pueden resultar impracticables en buena parte de ALC. Por otra parte, aún con una implementación más pobre, algunas intervenciones podrían eventualmente ser más efectivas, si la condición basal es más desventajada y ofrece mayor espacio de mejoría.

Las brechas de investigación que quedan de manifiesto son múltiples. La primera y más evidente es la carencia de estudios en ALC, de lo que se deduce la necesidad de fomentar activamente la evaluación de intervenciones dirigidas a poblaciones indígenas de la región, adaptadas a sus particularidades sociales, económicas y culturales. En consecuencia, sería importante identificar prioridades de investigación sobre salud indígena en los países de ALC, con participación de la población indígena y sus representantes, evaluar modelos de atención basados en agentes comunitarios nativos, ejecutar revisiones sistemáticas rigurosas focalizadas en la identificación de factores de éxito de los



**CUADRO 3. Resumen sobre la efectividad de las intervenciones para mejorar el acceso a la salud en poblaciones indígenas**

Condición de salud	Intervención	Calidad de la evidencia <sup>a</sup>	Resultados <sup>b</sup>
Prevención de complicaciones del embarazo	Estrategias educativas	Muy baja	Inciertos
	Programas de salud perinatal	Muy baja	Positivos
Prevención de factores de riesgo cardiovascular	Programas de visitas domiciliarias para prevenir obesidad en niños	Moderada	Inciertos
	Programas basados en la escuela para prevenir obesidad y sus determinantes (actividad física, dieta saludable)	Muy baja	Negativos
Abuso de sustancias (drogas y alcohol)	Intervenciones de apoyo al empleo	Moderada	Positivos
	Programas de prevención de consumo de alcohol en mujeres embarazadas	Muy baja	Inciertos
	Programas de rehabilitación residencial, familiar y con componentes tradicionales indígenas, para usuarios de sustancias volátiles	Muy baja	Inciertos
Tabaquismo	Programas de tratamiento con adaptación cultural	Moderada	Negativos
	Intervenciones preventivas multicomponente adaptadas culturalmente, basadas en la escuela	Alta	Negativos
	Consejería con reforzamiento para mujeres embarazadas fumadoras	Moderada	Negativos
Desarrollo infantil	Programas estructurados de visitas domiciliarias para promoción de desarrollo temprano y lactancia	Alta	Inciertos
Cáncer	Navegación de pacientes	Baja	Inciertos
	Intervenciones comunitarias multicomponente para promover el tamizaje de cáncer	Moderada	Negativos
Salud mental	Intervenciones multicomponente basadas en la escuela para prevención del suicidio en adolescentes	Baja	Inciertos
	Intervenciones educativas para prevención de depresión en adultos	Moderada	Positivos
Manejo de diabetes	Programas multicomponente basados en atención primaria y referencia especializada	Baja	Positivos
	Programas comunitarios basados en visitas domiciliarias	Muy baja	Negativos
Salud oral	Entrevista motivacional para prevención de caries en niños	Moderada	Positivos
	Aplicaciones de barniz fluorado	Moderada	Positivos
Trauma y prevención de lesiones no intencionales	Programas multicomponente para mejorar el uso de asientos de seguridad en niños	Moderada	Positivos
Competencia cultural en la atención de la salud	Educación de los equipos de salud, programas culturalmente específicos y reclutamiento de personal de salud de origen indígena	Muy baja	Inciertos

<sup>a</sup> Alta: al menos un ensayo controlado aleatorizado (ECA) de poder suficiente; Moderada: evidencia predominante de estudios cuasiexperimentales o ECA únicos con limitaciones o bajo poder; Baja: estudios observacionales analíticos; Muy baja: diseños de menor calidad. Los *criterios* referenciales fueron adaptados según disponibilidad de datos.

<sup>b</sup> Negativos: todos o la mayoría de los estudios arrojan resultados estadísticamente no significativos y estimadores puntuales sugieren ausencia de efecto; Positivos: predominan efectos estadísticamente significativos y en la dirección esperada; Inciertos: resultados heterogéneos, contradictorios o solo en variables intermedias. Los criterios referenciales fueron adaptados según la disponibilidad de datos.

programas, o en las que se integre la evidencia en poblaciones indígenas y las investigaciones en otras poblaciones, estudios sobre sistemas de navegación de pacientes o modalidades afines en cáncer y otros problemas de salud, estudios sobre el cuidado de adultos mayores dependientes en comunidades indígenas, y evaluación de estrategias de

formación y retención del recurso humano.

Por último, los autores recomiendan promover el desarrollo de registros nacionales o internacionales de estudios en materia de salud indígena, que faciliten el acceso a la literatura gris sobre el tema y fomentar la publicación de las nuevas investigaciones en bases de datos indexadas.

**Conflictos de interés.** Ninguno declarado por los autores.

**Declaración.** Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *RPSP/PAJPH* y/o de la OPS.

## REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas Lineamientos Estratégicos y Plan de Acción 2003 – 2007. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/50%20EspPlan2003-2007.pdf> Acceso en abril de 2015.
2. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CELADE-CEPAL). Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural. LC/W.347. Santiago: CEPAL; 2010.
3. Social determinants and indigenous health: the international experience and its policy implications. Symposium on the Social Determinants of Indigenous Health, Adelaide, 2007.
4. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Departamento de Saúde Indígena. Vigilância em saúde indígena: síntese dos indicadores 2010. Brasília: FUNASA; 2010.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Resolución CD47.R18: La salud de los pueblos indígenas de las Américas. Washington, D.C. OPS, 2006. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD47r18-s.pdf> Acceso en abril de 2015.
6. Pan American Health Organization (PAHO). Health of the Indigenous Peoples Initiative. Strategic Directions and Plan of Action 2003–2007. Washington, DC: PAHO; 2003. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/50-Eng%20Plan2003-2007.pdf> Acceso en abril de 2015.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas. Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas. Recomendaciones para el Desarrollo de un Sistema de Licenciamiento y Acreditación de Servicios Interculturales de Salud en el marco de la Renovación de la Atención

- Primaria de la Salud. Quito: OPS; 2009. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/servicios%20salud%20zonas%20indigenas.pdf> Acceso en abril de 2015.
8. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Washington DC.: OPS; 2008.
  9. Naciones Unidas. Salud de la población joven indígena en América Latina: un panorama general. Santiago (Chile): CEPAL. LC/R.2171. 2011. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/35357-salud-la-poblacion-joven-indigena-america-latina-un-panorama-general> Acceso en abril de 2015.
  10. Centro Económico de América Latina y el Caribe (CEPAL). Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). División de Población de CEPAL/Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (FI). Seminario-Taller: "Pueblos Indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?". Santiago de Chile, 2007.
  11. Gibson O, Lisy K, Davy C, Aromataris E, Kite E, Lockwood C, et al. Enablers and barriers to the implementation of primary health care interventions for Indigenous people with chronic diseases: a systematic review. *Implement Sci.* 2015;10(1):71.
  12. Fajreldin Valentina. Problemas bioéticos de la investigación biomédica con pueblos indígenas de Chile. *Acta Bioeth.* 2010;16(2):191-7. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2010000200012&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2010000200012&lng=es)
  13. World Health Organization (WHO). Indigenous peoples & participatory health research: planning & management-preparing research agreements. Genève: WHO; 2003. Disponible en: [http://www.who.int/ethics/indigenous\\_peoples/en/index3.html](http://www.who.int/ethics/indigenous_peoples/en/index3.html) Acceso en abril de 2015.
  14. Whitbeck LB, Walls ML, Welch ML. Substance abuse prevention in American Indian and Alaska Native communities. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2012;38(5):428-35.
  15. Yancey AK, Ortega AN, Kumanyika SK. Effective recruitment and retention of minority research participants. *Ann Rev Public Health.* 2006;27:1-28.
  16. Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). What study designs should be included in an EPOC review? EPOC Resources for review authors. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services; 2016. Disponible en: <http://epoc.cochrane.org/epoc-specific-resources-review-authors> Acceso en abril de 2015.
  17. McCalman J, Tsey K, Clifford A, Earles W, Shakeshaft A, Bainbridge R. Applying what works: a systematic search of the transfer and implementation of promising Indigenous Australian health services and programs. *BMC Public Health.* 2012;12:600. doi: 10.1186/1471-2458-12-600.
  18. Brach C, Fraser I. Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Med Care Res Rev.* 2000;57(1):181-217.
  19. Pearson A, Srivastava R, Craig D, Tucker D, Grinspun D, Bajnok I, et al. Systematic review on embracing cultural diversity for developing and sustaining a healthy work environment in healthcare. *Int J Evid Based Health C.* 2007;5(1):54-91. doi: 10.1111/j.1479-6988.2007.00058.x
  20. Renzaho AM, Romios P, Crock C, Sønderlund AL. The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care: a systematic review of the literature. *Int J Qual Health Care.* 2013;25(3):261-9. doi: 10.1093/intqhc/mzt006
  21. Horvat L, Horey D, Romios P, Kis-Rigo J. Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2014;5. doi: 10.1002/14651858.CD009405.pub2
  22. Shea J, Grimshaw J, Wells G, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology.* 2007;7:10. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/7/10> Acceso en julio de 2015
  23. Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE Working Group. Rating quality of evidence and strength of recommendations GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ.* 2008;336:924-6.
  24. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med.* 2009;151(4):264-9.
  25. Eschiti V, Burhansstipanov L, Watanabe-Galloway S. Native cancer navigation: the state of the science. *Clin J Oncol Nurs.* 2012;16(1):73-82, 89.
  26. Greenfield BL, Venner KL. Review of substance use disorder treatment research in Indian country: future directions to strive toward health equity. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2012;38(5):483-92.
  27. Gone JP, Alcantara C. Identifying effective mental health interventions for American Indians and Alaska Natives: a review of the literature. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.* 2007;13(4):356-63.
  28. Montag A, Clapp JD, Calac D, Gorman J, Chambers C. A review of evidence-based approaches for reduction of alcohol consumption in Native women who are pregnant or of reproductive age. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2012;38(5):436-43.
  29. Teufel-Shone NI, Fitzgerald C, Teufel-Shone L, Gamber M. Systematic review of physical activity interventions implemented with American Indian and Alaska Native populations in the United States and Canada. *Am J Health Promot.* 2009;23(6):S8-32.
  30. Saini M, Quinn A. A systematic review of randomized controlled trials of health related issues within an Aboriginal context. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health; 2013.
  31. Bloom JK. Prenatal interventions that improve native american pregnancy outcomes and reduce infant mortality: an integrative review. Bozeman: Montana State University; 2012.
  32. Zhu C. Cancer screening in Aboriginal communities: a promising practices review. Public Health Innovation and Decision Support. Alberta: Alberta Health Services; 2012. Disponible en: <http://www.albertahealthservices.ca/popoh/hi-popoh-aboriginal-health-review-2012.pdf> Acceso en julio de 2015.
  33. Bryant J, Bonevski B, Paul C, McElduff P, Attia J. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups. *Addiction.* 2011;106(9):1568-85. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03467.x
  34. Carson KV, Brinn MP, Peters M, Veale A, Esterman AJ, Smith BJ. Interventions for smoking cessation in Indigenous populations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;18(1):CD009046. doi: 10.1002/14651858.CD009046.pub2
  35. Carson KV, Brinn MP, Labiszewski NA, Peters M, Chang AB, Veale A. Interventions for tobacco use prevention in Indigenous youth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;8:CD009325. doi: 10.1002/14651858.CD009325.pub2
  36. MacLean S, Cameron J, Harney A, Lee NK. Psychosocial therapeutic interventions for volatile substance use: a systematic review. *Addiction.* 2012;107(2):278-88. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03650.x
  37. Clifford AC, Doran CM, Tsey K. A systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand. *BMC Public Health.* 2013;13:463. doi: 10.1186/1471-2458-13-463
  38. Clifford A, McCalman J, Bainbridge R, Tsey K. Interventions to improve cultural competency in health care for Indigenous peoples of Australia, New Zealand, Canada and the USA: a systematic review. *Int J Qual Health Care.* 2015;(2):89-98.
  39. Redvers J, Bjerregaard P, Eriksen H, Fanian S, Healey G, Hiratsuka V, et al. A scoping review of Indigenous suicide prevention in circumpolar regions. *Int J Circumpolar Health.* 2015;74:27509. doi: 10.3402/ijch.v74.27509
  40. Gibson OR, Segal L. Limited evidence to assess the impact of primary health care system or service level attributes on health outcomes of Indigenous people with type 2 diabetes: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:154.
  41. Laws R, Campbell KJ, van der Pligt P, Russell G, Ball K, Lynch J, et al. The impact of interventions to prevent obesity or improve obesity related behaviours in children (0-5 years) from socioeconomically disadvantaged and/or indigenous families: a systematic review. *BMC Public Health.* 2014;14:779.
  42. Towns C, Cooke M, Rysdale L, Wilk P. Healthy Weights Interventions in Aboriginal Children and Youth: A Review of the Literature. *Can J Diet Pract Res.* 2014;75(3):125-31. doi: 10.3148/cjdrp-2014-006
  43. Harlow AF, Bohanna I, Clough A. A systematic review of evaluated suicide prevention programs targeting indigenous youth. *Crisis.* 2014;35(5):310-21.

44. Ishikawa T, Oudie E, Desapriya E, Turcotte K, Pike I. A systematic review of community interventions to improve Aboriginal child passenger safety. *Am J Public Health*. 2014;104(3):e1-8.
45. Godin K, Leatherdale ST, Elton-Marshall T. A systematic review of the effectiveness of school-based obesity prevention programmes for First Nations, Inuit and Métis youth in Canada. *Clin Obes*. 2015;5(3):103-15. doi: 10.1111/cob.12099
46. Gould GS, McEwen A, Watters T, Clough AR, van der Zwan R. Should anti-tobacco media messages be culturally targeted for Indigenous populations? A systematic review and narrative synthesis. *Tob Control*. 2013;22(4):e7. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2012-050436
47. Sanson-Fisher RW, Campbell EM, Perkins JJ, Blunden SV, Davis BB. Indigenous health research: a critical review of outputs over time. *Md J Aus*. 2006;184(10):502-5.
48. Azzopardi PS, Kennedy EC, Patton GC, Power R, Roseby RD, Sawyer SM. The quality of health research for young Indigenous Australians: systematic review. *Med J Aust*. 2013;199(1):57-63.

Manuscrito recibido el 19 de diciembre de 2015. Aceptado para publicación, tras revisión, el 22 de febrero de 2016.

---

**ABSTRACT**

**Interventions to improve access to health services by indigenous peoples in the Americas**

**Objective.** Synthesize evidence on effectiveness of interventions designed to improve access to health services by indigenous populations.

**Methods.** Review of systematic reviews published as of July 2015, selecting and analyzing only studies in the Region of the Americas. The bibliographic search encompassed MEDLINE, Lilacs, SciELO, EMBASE, DARE, HTA, The Cochrane Library, and organization websites. Two independent reviewers selected studies and analyzed their methodological quality. A narrative summary of the results was produced.

**Results.** Twenty-two reviews met the inclusion criteria. All selected studies were conducted in Canada and the United States of America. The majority of the interventions were preventive, to surmount geographical barriers, increase use of effective measures, develop human resources, and improve people's skills or willingness to seek care. Topics included pregnancy, cardiovascular risk factors, diabetes, substance abuse, child development, cancer, mental health, oral health, and injuries. Some interventions showed effectiveness with moderate or high quality studies: educational strategies to prevent depression, interventions to prevent childhood caries, and multi-component programs to promote use of child safety seats. In general, results for chronic non-communicable diseases were negative or inconsistent.

**Conclusions.** Interventions do exist that have potential for producing positive effects on access to health services by indigenous populations in the Americas, but available studies are limited to Canada and the U.S. There is a significant research gap on the topic in Latin America and the Caribbean.

**Key words**

Health of indigenous peoples; health services accessibility; evaluation of the efficacy-effectiveness of interventions; review.

---