ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE ETNICIDAD Y SALUD 2019-2025

INDICADORES DE IMPACTO Y DE PROCESO

EDICIÓN REVISADA

OPS Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE ETNICIDAD Y SALUD 2019-2025

INDICADORES DE IMPACTO Y DE PROCESO

EDICIÓN REVISADA

Washington, D.C., 2023

OPS Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025.
Indicadores de impacto y de proceso. Edición revisada

OPS/EGC/22-0003

© Organización Panamericana de la Salud, 2023

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

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

En esta edición revisada se han realizado ajustes en el tercer indicador de impacto, que mide la reducción de la incidencia de la tuberculosis: en la página 9, para armonizarlo con la medición del indicador de alto nivel de la Estrategia Fin de la Tuberculosis de la OMS, y en las páginas 19 y 21, para actualizar su utilidad y cálculo, respectivamente.

ÍNDICE

Agradecimientos 5

Siglas 6

Introducción 7

Descripción y uso de las fichas técnicas 8

Fichas técnicas de los indicadores incluidos en la *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025* 10

Indicadores de impacto 10

Indicadores de proceso 23

Línea de acción estratégica 1: Generación de evidencia 24

Línea de acción estratégica 2: Impulso de la acción en materia de políticas para el acceso a la salud universal 36

Línea de acción estratégica 3: Participación social y alianzas estratégicas 48

Línea de acción estratégica 4: Reconocimiento de los conocimientos ancestrales y de la medicina tradicional y complementaria 52

Línea de acción estratégica 5: Desarrollo de las capacidades a todos los niveles 57

AGRADECIMIENTOS

Esta publicación ha sido elaborada bajo la supervisión de Anna Coates, Jefa de la Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural; y coordinada por Sandra del Pino, Asesora de Diversidad Cultural, ambas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

El compendio de indicadores fue preparado por la Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural, en colaboración con el Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud; el Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida; el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva; y el Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes de Salud Medioambientales, todos de la OPS.

Se agradecen especialmente los aportes de Pedro Avedillo, Bremen De Mucio, Pablo Duran, Roberto Garza, Norman Gil, Susana Gomez, Jose Milton Guzman, Óscar Mujica, Dionne Patz y Bernardino Vitoy.

SIGLAS

BAi	brecha absoluta inicial
BAf	brecha absoluta final
CP	cambio porcentual
CPP	cambio porcentual del período
Ln	logaritmo natural
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OEA	Organización de los Estados Americanos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
RMM	razón de mortalidad materna
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TB	tuberculosis
TMM5	tasa de mortalidad en menores de 5 años

INTRODUCCIÓN

El presente compendio contiene especificaciones técnicas de los indicadores a nivel del impacto y los procesos incluidos en la Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025. Estos han sido elaborados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para ayudar a los Estados Miembros a implementar las orientaciones de la Política sobre etnicidad y salud. Para cada indicador se proporcionan definiciones suficientes, junto con los criterios de medición, a fin de facilitar un enfoque sistemático en el seguimiento y la presentación de informes sobre la estrategia y plan de acción, que a su vez contribuirán al resultado intermedio del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025. Es la primera vez que se cuenta con una estrategia y un plan de acción sobre etnicidad y salud y, por lo tanto, la primera vez que se prepara un compendio de este tipo.

En la presentación de los indicadores se ha utilizado una plantilla estandarizada adaptada del formato usado en otros documentos técnicos de la Oficina Sanitaria Panamericana, como el del compendio de indicadores a nivel del impacto y el compendio de indicadores de los resultados intermedios del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025.

Las orientaciones sobre los indicadores en este compendio están sujetas a ajustes a fin de mantener la consonancia tanto con los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como con los indicadores de resultados intermedios del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025. Las especificaciones para medir los indicadores se actualizarán según sea necesario. Las líneas de base y las metas están sujetas a validación con la información actualizada de los Estados Miembros y las representaciones de la OPS en los países.

DESCRIPCIÓN Y USO DE LAS FICHAS TÉCNICAS

Cada ficha contiene aspectos específicos que ayudarán inicialmente a ubicar el objetivo y su respectivo indicador, tal como están relacionados en la *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025*, tanto para los que se describen a nivel del impacto como para los relacionados a nivel de los procesos, estos últimos, desagregados a través de cada una de las cinco líneas de acción estratégicas priorizadas en la *Política sobre etnicidad y salud*.

Las fichas incluyen también aspectos como la utilidad del indicador; conceptos clave relacionados con el mismo; tipo de indicador; la unidad y escala de medición; la frecuencia con que se medirán en relación con el informe de progreso y el informe final para el seguimiento y la evaluación de la estrategia y plan de acción; un apartado relacionado con el cálculo del indicador, donde se relaciona el atributo específico de medición y, en ocasiones, otras estimaciones relacionadas que pueden ser necesarias para determinar si se cumple o no con dicho atributo; las actuales fuentes de donde se espera obtener la información para las estimaciones (que en algunos casos pueden variar en el tiempo dependiendo del tipo de datos, la evolución de los sistemas de información o, en general, las particularidades de cada país y territorio); también contienen algunas de las principales limitaciones para su medición; las unidades técnicas responsables en la OPS por la asesoría, seguimiento y medición del indicador, y en algunas de ellas, referencias.

Los primeros dos indicadores de impacto (en el apartado del cálculo) cuentan con indicaciones precisas para que los países puedan estimar la reducción de la brecha de desigualdad étnica en la razón de mortalidad materna (RMM) y en la tasa de mortalidad en los menores de 5 años (TMM5), a través de la determinación del cambio porcentual del período (CPP), en los tres grupos étnicos priorizados. Para el caso del tercer indicador de impacto, se indica como calcular el cambio porcentual (CP) en la tasa de incidencia de TB en población étnica, en línea con la medición del indicador de alto nivel de la Estrategia Fin de la Tuberculosis de la OMS, que hace referencia a la reducción de la tasa de incidencia de la TB a partir del 2020 (primer hito), y que toma como línea de base el año 2015[1].

Para los indicadores de proceso, el apartado de cálculo en la ficha da las especificaciones para poder determinar si se cumple o no con el atributo definido por el indicador.

[1] Aplicación de la estrategia fin de la TB: aspectos esenciales [Implementing the end TB strategy: the essentials]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016. https://www.paho.org/es/documentos/implementacion-estrategia-fin-tb-aspectos-esenciales

FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES INCLUIDOS EN LA **ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE ETNICIDAD Y SALUD 2019-2025**

INDICADORES DE **IMPACTO**

Estrategia y plan de acción sobre **etnicidad y salud** 2019-2025

INDICADORES DE IMPACTO Y DE PROCESO

OBJETIVO 1

REDUCCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA

INDICADOR

NÚMERO DE PAÍSES Y TERRITORIOS QUE HAN REDUCIDO LA BRECHA DE MORTALIDAD MATERNA EN AL MENOS 30% EN AL MENOS UNA DE LAS SIGUIENTES POBLACIONES: INDÍGENAS, AFRODESCENDIENTES Y ROMANÍES

UTILIDAD

La razón de mortalidad materna (RMM) es la medida más usada para estimar el riesgo de morir por causa del embarazo, parto o puerperio. La mortalidad materna es ampliamente reconocida como un indicador de la salud general de una población, el estado de la mujer en la sociedad y el funcionamiento del sistema de salud.[1]

La RMM es uno de los indicadores de los ODS (3.1.1) relacionados con la meta 3.1 para reducir la mortalidad materna en 2030, así como la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2016-2030* (objetivo de supervivencia 1) y la *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030* (objetivo 1.2).

Existe evidencia de que el descenso sostenido de la mortalidad materna manifestado en promedios nacionales esconde marcadas inequidades, expresadas en mayor mortalidad materna en grupos con diferentes condiciones de vulnerabilidad. En este caso, el determinante social vinculado a aspectos éticos es uno de los que afecta negativamente la salud de muchas mujeres en general y de las mujeres embarazadas en particular.[2]

Este indicador trata de focalizar el análisis de la mortalidad materna en diversos grupos étnicos para visibilizar las inequidades que los afectan.

CONCEPTOS CLAVE

Mujer
Mortalidad materna
Indígenas, afrodescendientes y romaníes
Brecha de mortalidad materna

TIPO DE INDICADOR	Indicador de impacto
UNIDAD DE MEDICIÓN	Número de países y territorios
ESCALA DE MEDICIÓN	Absoluta (conteo)
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Cada 3 años, partiendo de una línea de base que se construya para 2019 (con información retrospectiva que ayude a determinar cuántos países en ese año contaban con datos desagregados sobre la RMM en al menos uno de los tres grupos étnicos priorizados). Se evaluarán dos períodos 2020-2022 (para el informe de progreso) y 2023-2025 (para el informe final).

CÁLCULO

Por conteo de número de países y territorios con el atributo definido en el indicador.

Atributo: reducción de la brecha de mortalidad materna en al menos 30% en al menos una de las siguientes poblaciones: indígenas, afrodescendientes y romaníes.

Este indicador espera valorar una reducción ambiciosa en la brecha de mortalidad materna en el período 2019-2025 de 30% o más en al menos uno de los grupos étnicos priorizados: indígenas, afrodescendientes y romaníes.

Conocer si un país o territorio alcanzó la reducción propuesta por el indicador, incluirá:

1. La medición de la RMM específica en pueblos indígenas, afrodescendientes y romaníes (dependerá de la composición étnica de cada país).
2. Para poder medir la reducción de la brecha (la desigualdad o inequidad) será necesario definir una población que actúe como referente de equidad, en este caso, la población general, de la que se tomará el valor de la RMM (promedio nacional).

La RMM puede calcularse al dividir las muertes maternas registradas (o estimadas) entre el total de nacidos vivos registrados (o estimados) en el mismo período y multiplicar por 100.000. La medición requiere información sobre el estado del embarazo, el momento de la muerte (durante el embarazo, el parto o en los 42 días siguientes al final del embarazo) y la causa de muerte.

3. Calcular la **brecha absoluta inicial (BAi):** es la diferencia aritmética (resta) entre la RMM étnica[3] y la referente, en el año específico que inicia la medición dentro del período que se va a evaluar.
4. Calcular la **brecha absoluta final (BAf):** es la diferencia aritmética (resta) entre la RMM étnica y la referente, en el año específico que cierra la medición dentro del período a evaluar.
5. Determinar el cambio porcentual del período (CPP) usando la siguiente fórmula:

$$\mathbf{CPP = ln(ABS(BAf))\text{-}ln(ABS(BAi)) \times 100}$$

El valor del CPP indica la magnitud del cambio: el signo negativo en el resultado mostrará una reducción en el tiempo (que para el indicador se espera sea de –30%) y el positivo lo contrario.

FUENTES

Numerador: sistemas nacionales de mortalidad, estadísticas vitales y vigilancia de la mortalidad materna.

Denominador: sistemas nacionales de registro de nacidos vivos y estadísticas vitales.

Numerosos países en desarrollo no cuentan con sistemas de registro en pleno funcionamiento que capturen con precisión todos los nacimientos y muertes. Por lo tanto, las encuestas de hogares, como las encuestas de demografía y salud y las de indicadores múltiples por conglomerados, se han convertido en una fuente importante de datos.[1]

LIMITACIONES

La disponibilidad de datos nacionales de mortalidad materna confiables y oportunos es una limitación grave de este indicador, pero aún es más grave la falta de disponibilidad de datos de mortalidad materna desagregados según los grupos de interés.

UNIDADES RESPONSABLES

Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud y Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural, ambos de la OPS, y Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva.

NOTAS:

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico de la OPS 2020-2025: Compendio de indicadores de impacto. Washington, DC: OPS; 2019. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/plan-estrategico-ops-2020-2025-compendio-indicadores-impacto.
2. Hernández A, Rodríguez J, Cubillos AF, Santacruz MA, Van der Werf L, Vega R et al. Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal en las comunidades indígenas arhuaca y wayuu. Bogotá: WFP, UNFPA, OPS, UNICEF, PMA, Universidad Pontificia Javeriana. 2018. Disponible en: https://colombia.unfpa.org/es/publications/determinantes-sociales-de-las-desigualdades-en-mortalidad-materna-y-neonatal-en-las.
3. Desglosada por población indígena, afrodescendiente o romaní, según corresponda a la composición étnica de cada país.

OBJETIVO 2

REDUCCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS

INDICADOR

NÚMERO DE PAÍSES Y TERRITORIOS QUE HAN REDUCIDO LA BRECHA DE MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS EN AL MENOS 30% EN AL MENOS UNA DE LAS SIGUIENTES POBLACIONES: INDÍGENAS, AFRODESCENDIENTES Y ROMANÍES

UTILIDAD

Las tasas de mortalidad en menores de 5 años (TMM5) miden la supervivencia en la niñez, pero también reflejan las condiciones sociales, económicas y ambientales en las que viven los niños (y otros miembros de la sociedad), incluida su atención médica. Dado que con frecuencia no se dispone de datos sobre la incidencia y la prevalencia de enfermedades (datos de morbilidad), las tasas de mortalidad se utilizan a menudo para determinar las poblaciones vulnerables.[1]

La TMM5 es uno de los indicadores de los ODS (3.2.2), relacionados con la meta 3.2 para acabar con las muertes prevenibles de menores de 5 años en el 2030, también incluido en la *Estrategia mundial para la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes 2016-2030* (objetivo de supervivencia 1).

CONCEPTOS CLAVE

Niñez
Mortalidad en menores de 5 años
Indígenas, afrodescendientes y romaníes
Condiciones sociales, económicas y ambientales
Poblaciones vulnerables

TIPO DE INDICADOR

Indicador de impacto

UNIDAD DE MEDICIÓN	Número de países y territorios
ESCALA DE MEDICIÓN	Absoluta (conteo)
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Cada 3 años, partiendo de una línea de base que se construya para 2019 (con información retrospectiva que ayude a determinar cuántos países en ese año contaban con datos desagregados sobre la TMM5 en al menos uno de los tres grupos étnicos priorizados). Se evaluarán dos períodos 2020-2022 (para el informe de progreso) y 2023-2025 (para el informe final).

CÁLCULO

Por conteo de número de países y territorios con el atributo definido en el indicador.

Atributo: reducción de la brecha de mortalidad de menores de 5 años en al menos 30% en al menos una de las siguientes poblaciones: indígenas, afrodescendientes y romaníes.

Medida indirecta del riesgo de que un niño muera antes de cumplir 5 años.

Este indicador espera valorar una reducción ambiciosa en la brecha de mortalidad de menores de 5 años en el período 2019-2025, de 30% o más, en al menos uno de los grupos étnicos priorizados: indígenas, afrodescendientes y romaníes.

Conocer si un país o territorio alcanzó la reducción propuesta por el indicador, incluirá:

1. La medición de la TMM5 específica en poblaciones indígenas, afrodescendientes y romaníes (dependerá de la composición étnica de cada país).
2. Para poder medir la reducción de la brecha (la desigualdad o inequidad) será necesario definir una población que actúe como referente de equidad, en este caso, la población general, de la que se tomará el valor de la TMM5 (promedio nacional).

   La TMM5 puede calcularse al dividir el número total de muertes de niños de 0 a 4 años entre el total de nacidos vivos en el mismo período y multiplicar por 1.000.[1]
3. **Calcular la brecha absoluta inicial (BAi):** es la diferencia aritmética (resta) entre la mortalidad de menores de 5 años étnica y la referente, en el año específico que inicia la medición dentro del período que se va a evaluar.
4. **Calcular la brecha absoluta final (BAf):** es la diferencia aritmética (resta) entre la mortalidad de menores de 5 años étnica y la referente, en el año específico que cierra la medición dentro del período que se va a evaluar.
5. Computar el CPP con la siguiente fórmula:

$$\mathbf{CPP = \ln(ABS(BAf))-\ln(ABS(BAi)) \times 100}$$

El valor del CPP indica la magnitud del cambio: el signo negativo en el resultado mostrará una reducción en el tiempo (que para el indicador se espera que sea de –30%) y el positivo, lo contrario.

FUENTES

Numerador: sistemas nacionales de mortalidad, estadísticas vitales y vigilancia de eventos priorizados en menores de 5 años relacionados con la mortalidad.

Denominador: División de Población de las Naciones Unidas y oficinas de censos.

Numerosos países en desarrollo no cuentan con sistemas de registro en pleno funcionamiento que registren con precisión todos los nacimientos y muertes. Por lo tanto, las encuestas de hogares, como las de demografía y salud y las de indicadores múltiples por conglomerados, se han convertido en una fuente importante de datos sobre la mortalidad en menores de 5 años en los países en desarrollo, pero hay algunos límites en cuanto a su calidad y representatividad.[1]

LIMITACIONES

Los sistemas de registro civil son la fuente preferida de datos sobre mortalidad en la niñez. Sin embargo, algunos países de la Región cuentan con sistemas de registro que enfrentan desafíos relacionados con la calidad de los datos y la cobertura de nacimientos y defunciones.

UNIDADES RESPONSABLES

Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida de la OPS, Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud de la OPS y Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural de la OPS.

NOTA

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico de la OPS 2020-2025: Compendio de indicadores de impacto. Washington, DC: OPS; 2019. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/plan-estrategico-ops-2020-2025-compendio-indicadores-impacto.

OBJETIVO 3

REDUCCIÓN EN LA INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS

INDICADOR

NÚMERO DE PAÍSES Y TERRITORIOS QUE HAN REDUCIDO LA INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS EN POBLACIÓN INDÍGENA, AFRODESCENDIENTE O ROMANÍ EN AL MENOS 50% EN COMPARACIÓN CON 2015

UTILIDAD

La incidencia de tuberculosis (TB) ayuda a medir el comportamiento de la epidemia a lo largo del tiempo. Reducciones constantes y crecientes en el indicador, reflejarán el impacto de la implementación de la Estrategia Fin de la TB.

La tasa de incidencia de TB es uno de los indicadores de los ODS (3.3.2) relacionado con la meta 3.3. que busca de aquí a 2030, poner fin a las epidemias de sida, tuberculosis, malaria y enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles; además, es uno de los tres indicadores de alto nivel de la Estrategia Fin de la TB.

La Estrategia Fin de la TB a nivel mundial establece hitos y metas desde 2020 hasta 2035 que buscan reducir la tasa de incidencia de la TB en 90% y el número absoluto de muertes por TB en 95% en relación con sus valores de referencia en 2015.[1]

Con la información disponible, este indicador requerirá definir un valor de referencia para grupos étnicos[2] en el año 2015 en cada país, en consonancia con el año de comparación para la medición del indicador por parte de la Estrategia Fin de la TB.

CONCEPTOS CLAVE

Incidencia de TB
Estrategia Fin de la TB

TIPO DE INDICADOR	Indicador de impacto
UNIDAD DE MEDICIÓN	Número de países y territorios
ESCALA DE MEDICIÓN	Absoluta (conteo)
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Cada 3 años, partiendo de una línea de base que se construya para 2019 (en el caso de este indicador, se requiere información retrospectiva de los países que desde el 2015 contaban con datos desagregados sobre la incidencia de TB en al menos uno de los tres grupos étnicos priorizados, en concordancia con hitos y metas de la Estrategia Fin de la TB). Se evaluarán dos períodos 2020-2022 (para el informe de progreso) y 2023-2025 (para el informe final). Este indicador tendrá una medición retrospectiva adicional que está relacionada con el año de comparación que plantea la Estrategia Fin de la TB, que es el 2015, ya que la valoración de la reducción de 50% o más en la incidencia se hará con referencia a la información de ese año.

CÁLCULO

Por conteo de número de países y territorios con el atributo definido en el indicador.

Atributo: reducción de la incidencia de tuberculosis en al menos 50% (en comparación con 2015) en al menos una de las siguientes poblaciones: indígenas, afrodescendientes y romaníes.

Este indicador espera valorar una reducción ambiciosa en la incidencia de TB en el período 2015-2025, de 50% o más, en al menos uno de los grupos étnicos priorizados: indígenas, afrodescendientes y romaníes.

Conocer si un país o territorio alcanzó la reducción propuesta por el indicador, incluirá:

1. La medición de la incidencia de TB específica en pueblos indígenas, afrodescendientes y romaníes (dependerá de la composición étnica de cada país).
2. La tasa de incidencia de TB puede calcularse al dividir el número de casos de TB nuevos y las recaídas en una población específica (indígena, afrodescendiente o romaní) entre el total de esta misma población específica en el mismo período y multiplicarlos por 100.000 habitantes.
3. Calcular el cambio porcentual (CP) en la incidencia de TB en la población étnica específica de la cual se tiene información, entre la línea de base (2015) y el año más reciente (ej. 2020), como se muestra a continuación.

CP en la incidencia de TB étnica

$$\frac{\text{(Incidencia de TB étnica 2020 - Incidencia de TB étnica 2015)}}{\text{Incidencia de TB étnica 2015}} \times 100$$

El valor del CP refleja la magnitud del cambio a lo largo del tiempo: el signo negativo en el resultado mostrará una reducción (que para el indicador se espera que sea de –50%) y el positivo, lo contrario.

FUENTES

Numerador: ministerios de salud y programas nacionales de tuberculosis.

Denominador: División de Población de las Naciones Unidas y oficinas de censos

LIMITACIONES	Disponibilidad de la información desagregada por pertenencia étnica en los países y territorios.
UNIDADES RESPONSABLES	Unidad de VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual, Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud y Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural.

NOTAS

1. Organización Mundial de la Salud. Aplicación de la estrategia fin de la TB: aspectos esenciales. Ginebra: OMS; 2016.
2. Desglosada por población indígena, afrodescendiente o romaní, según corresponda a la composición étnica de cada país.

FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES INCLUIDOS EN LA **ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE ETNICIDAD Y SALUD 2019-2025**

INDICADORES DE **PROCESO**

Estrategia y plan de acción sobre **etnicidad y salud** 2019-2025

INDICADORES DE IMPACTO Y DE PROCESO

OBJETIVO 1.1

PROMOVER LA PRODUCCIÓN DE DATOS E INFORMACIÓN DESGLOSADA SOBRE LA SALUD DE LOS DISTINTOS GRUPOS ÉTNICOS Y SUS DETERMINANTES

INDICADOR 1.1.1

NÚMERO DE PAÍSES Y TERRITORIOS QUE INCORPORAN LA AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA COMO VARIABLE EN SUS REGISTROS DE ESTADÍSTICAS VITALES (NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES)

LÍNEA DE ACCIÓN ESTRATÉGICA 1: GENERACIÓN DE EVIDENCIA

UTILIDAD	Permite la cuantificación y el monitoreo de las desigualdades en los hechos vitales que estén determinadas por la condición de identidad étnica.
CONCEPTOS CLAVE	Estadísticas vitales Autoidentificación étnica Variable étnica
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso
UNIDAD DE MEDICIÓN	Número de países y territorios
ESCALA DE MEDICIÓN	Absoluta (conteo)
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Cada 3 años, partiendo de la línea de base del 2019. Se evaluarán dos períodos 2020-2022 (para el informe de progreso) y 2023-2025 (para el informe final).

CÁLCULO	Por conteo de número de países con el atributo definido en el indicador. **Atributo:** autoidentificación étnica incorporada como variable en los registros de nacimiento y defunción de las estadísticas vitales. La Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas reconoce la autoidentificación y pertenencia a pueblos indígenas, como el derecho a "Tener características y rasgos culturales que nos identifican como pueblos indígenas, perteneciendo a uno o varios pueblos según nuestra identidad, tradiciones y costumbres".[1] Se cuenta con el atributo solamente si el país lo tiene en los dos registros (nacimientos y defunciones).
FUENTES	Oficinas de estadísticas del ministerio de salud Institutos nacionales de estadística Organismos de control (contraloría)
LIMITACIONES	La diversidad de clasificaciones de autoidentificación étnica puede limitar la comparabilidad entre países. La autoidentificación puede no ser tal, pudiendo registrarse según percepción de terceros.
UNIDADES RESPONSABLES	Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural y Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud.

NOTAS

1. Organización de los Estados Americanos. Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Washington, DC: OEA; 2016. Disponible en: http://www.oas.org/es/sadye/documentos/DADPI.pdf.

OBJETIVO 1.1

PROMOVER LA PRODUCCIÓN DE DATOS E INFORMACIÓN DESGLOSADA SOBRE LA SALUD DE LOS DISTINTOS GRUPOS Y SUS DETERMINANTES

INDICADOR 1.1.2

NÚMERO DE PAÍSES Y TERRITORIOS QUE CAPTURAN DATOS SOBRE LA AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA EN LOS REGISTROS ADMINISTRATIVOS DE SALUD

LÍNEA DE ACCIÓN ESTRATÉGICA 1: GENERACIÓN DE EVIDENCIA

UTILIDAD	Permite la cuantificación y el monitoreo de desigualdades en la atención de la salud determinadas por la condición de identidad étnica.
CONCEPTOS CLAVE	Registros administrativos de salud Autoidentificación étnica Variable étnica
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso
UNIDAD DE MEDICIÓN	Número de países y territorios
ESCALA DE MEDICIÓN	Absoluta (conteo)
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Cada 3 años, partiendo de la línea de base del 2019. Se evaluarán dos períodos 2020-2022 (para el informe de progreso) y 2023-2025 (para el informe final).

CÁLCULO	Por conteo de número de países con el atributo definido en el indicador. **Atributo:** autoidentificación étnica incluida como variable y capturada a través de los registros administrativos de salud. Se considera cumplido el atributo del indicador en los Estados Miembros que tengan contenido el atributo en cualquiera de los registros administrativos de salud.
FUENTES	Ministerio de salud y otras dependencias del sector salud
LIMITACIONES	La diversidad de clasificaciones de autoidentificación étnica puede limitar la comparabilidad entre países. La autoidentificación puede no ser tal, pudiendo registrarse según percepción de terceros.
UNIDADES RESPONSABLES	Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural y Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud.

OBJETIVO 1.2

FORTALECER LAS CAPACIDADES INSTITUCIONALES PARA REALIZAR UN ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD CON UN ENFOQUE ÉTNICO

INDICADOR 1.2.1

NÚMERO DE PAÍSES Y TERRITORIOS QUE CUENTAN CON UN PERFIL NACIONAL DE LA SITUACIÓN DE SALUD ACTUALIZADO CON DATOS DESGLOSADOS POR ETNICIDAD Y SEXO

LÍNEA DE ACCIÓN ESTRATÉGICA 1: GENERACIÓN DE EVIDENCIA

UTILIDAD	Identificar la existencia de capacidades institucionales para transformar los datos en evidencia comunicable a diferentes públicos e informar la toma de decisiones con enfoque de equidad étnica.
CONCEPTOS CLAVE	Enfoque étnico Perfil nacional actualizado Situación de salud
TIPO DE INDICADOR	Indicador de resultado
UNIDAD DE MEDICIÓN	Número de países y territorios
ESCALA DE MEDICIÓN	Absoluta (conteo)
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Cada 3 años, partiendo de la línea de base del 2019. Se evaluarán dos períodos 2020-2022 (para el informe de progreso) y 2023-2025 (para el informe final).

CÁLCULO	Por conteo de número de países con el atributo definido en el indicador. **Atributo:** documento de perfil nacional de la situación de salud actualizado con datos desglosados por etnicidad y sexo. Se considera cumplido el atributo del indicador por la existencia del documento de perfil nacional actualizado publicado.
FUENTES	Ministerio de salud
LIMITACIONES	No es aplicable
UNIDADES RESPONSABLES	Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural y Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud.

OBJETIVO 1.3

PROMOVER LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA SALUD DE LA POBLACIÓN INDÍGENA, AFRODESCENDIENTE, ROMANÍ Y OTROS GRUPOS ÉTNICOS.

INDICADOR 1.3.1

NÚMERO DE PAÍSES Y TERRITORIOS QUE INCORPORAN EN SU AGENDA DE INVESTIGACIÓN UN COMPROMISO EXPLÍCITO PARA EXAMINAR LA ETNICIDAD Y LA SALUD

LÍNEA DE ACCIÓN ESTRATÉGICA 1: GENERACIÓN DE EVIDENCIA

UTILIDAD	Identificar la existencia de priorización de temas relacionados con etnicidad y salud en las agendas y políticas nacionales de investigación en los países con ese tipo de políticas o agendas, así como a los que estén en proceso de desarrollarlas.
CONCEPTOS CLAVE	Agenda de investigación Línea de investigación Etnicidad y salud
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso
UNIDAD DE MEDICIÓN	Número de países y territorios
ESCALA DE MEDICIÓN	Absoluta (conteo)
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Cada 3 años, partiendo de la línea de base del 2019. Se evaluarán dos períodos 2020-2022 (para el informe de progreso) y 2023-2025 (para el informe final).

CÁLCULO	Por conteo de número de países con el atributo definido en el indicador. **Atributo:** compromisos explícitos para examinar la etnicidad y la salud incluidos en las agendas y políticas nacionales de investigación en salud en los países con ese tipo de políticas o agendas, así como a los que estén en proceso de desarrollarlas. Se considera cumplido si incorpora al menos uno de los tres grupos étnicos priorizados (pueblos indígena, afrodescendiente y romaní).
FUENTES	Ministerio de salud Ministerio de ciencia y tecnología o la institución que ejerza sus funciones en el país
LIMITACIONES	La existencia de la línea en la agenda no representa que las investigaciones se están implementando, ni que, estén informando las decisiones, prioridades ni intervenciones en salud orientadas a eliminar las inequidades étnicas.
UNIDADES RESPONSABLES	Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud y Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural.

OBJETIVO 1.3

PROMOVER LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA SALUD DE LA POBLACIÓN INDÍGENA, AFRODESCENDIENTE, ROMANÍ Y OTROS GRUPOS ÉTNICOS.

INDICADOR 1.3.2

NUMERO DE PAÍSES Y TERRITORIOS QUE HAN COMPLETADO ALGÚN ESTUDIO SOBRE BARRERAS PARA EL ACCESO EQUITATIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD

LÍNEA DE ACCIÓN ESTRATÉGICA 1: GENERACIÓN DE EVIDENCIA

UTILIDAD	Producir conocimiento generalizable y contar con evidencia científica sobre la relevancia de la etnicidad y la discriminación asociada a identidad étnica como barrera para el acceso equitativo a los servicios de salud.
CONCEPTOS CLAVE	Investigación Pueblos indígenas Afrodescendientes Romaníes Otros grupos étnicos Barreras Acceso equitativo a servicios de salud
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso
UNIDAD DE MEDICIÓN	Número de países y territorios
ESCALA DE MEDICIÓN	Absoluta (conteo)

FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Cada 3 años, partiendo de la línea de base del 2019. Se evaluarán dos períodos 2020-2022 (para el informe de progreso) y 2023-2025 (para el informe final).
CÁLCULO	Por conteo de número de países con el atributo definido en el indicador. **Atributo:** estudio finalizado sobre barreras para el acceso equitativo a los servicios de salud en grupos étnicos. Se considera cumplido si incorpora al menos uno de los tres grupos étnicos priorizados (pueblos indígenas, afrodescendientes y romaníes).
FUENTES	Ministerio de Salud Universidades Centros de investigación
LIMITACIONES	No siempre se tiene en cuenta a los tres grupos.
UNIDADES RESPONSABLES	Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud y Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural.

OBJETIVO 1.4

PROMOVER MECANISMOS DE DISEMINACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE ETNICIDAD Y SALUD, Y SU USO PARA LA TOMA DE DECISIONES, LA PROMOCIÓN DE ESTE ENFOQUE Y LA RENDICIÓN DE CUENTAS

INDICADOR 1.4.1

NÚMERO DE PAÍSES Y TERRITORIOS QUE USAN LA INFORMACIÓN DE SALUD DE LOS DIVERSOS GRUPOS ÉTNICOS EN EL DESARROLLO DE POLÍTICAS, ESTRATEGIAS, PLANES O PROGRAMAS

LÍNEA DE ACCIÓN ESTRATÉGICA 1: GENERACIÓN DE EVIDENCIA

UTILIDAD	Transmitir, informar y contar con datos e información disponible sobre etnicidad y salud en las instituciones para la toma de decisiones y rendición de cuentas, así como para la abogacía.
CONCEPTOS CLAVE	Toma de decisiones Abogacía Rendición de cuentas Mecanismos de diseminación Grupos étnicos
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso
UNIDAD DE MEDICIÓN	Número de países y territorios
ESCALA DE MEDICIÓN	Absoluta (conteo)

FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Cada 3 años, partiendo de la línea de base del 2019. Se evaluarán dos períodos 2020-2022 (para el informe de progreso) y 2023-2025 (para el informe final).
CÁLCULO	Por conteo de número de países con el atributo definido en el indicador, que demuestren el uso de datos de al menos un mecanismo de diseminación de información sobre etnicidad y salud específico. **Atributo:** uso de la información de salud de los diversos grupos étnicos en el desarrollo de políticas, estrategias, planes o programas. Los mecanismos de diseminación de información sobre etnicidad y salud pueden ser: » Análisis de situación de salud. » Perfiles epidemiológicos. » Foros, reuniones y talleres técnicos. » Pósteres, revistas y varios tipos de publicaciones científicas.
FUENTES	Ministerio de salud Otras instituciones del sector de la salud
LIMITACIONES	No es aplicable
UNIDADES RESPONSABLES	Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud y Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural.

OBJETIVO 2.1

PROMOVER ACCIONES DE POLÍTICA PÚBLICA QUE ABORDEN LA ETNICIDAD Y SALUD

INDICADOR 2.1.1

NÚMERO DE PAÍSES QUE HAN RATIFICADO EL CONVENIO 169 DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT) SOBRE PUEBLOS INDÍGENAS Y TRIBALES

LÍNEA DE ACCIÓN ESTRATÉGICA 2: IMPULSO DE LA ACCIÓN EN MATERIA DE POLÍTICAS PARA EL ACCESO A LA SALUD UNIVERSAL

UTILIDAD	El Convenio 169 de la OIT[1] es el marco de referencia para los países a fin de garantizar los derechos de los pueblos indígenas y tribales.
CONCEPTOS CLAVE	Ratificación del Convenio 169 de la OIT
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso
UNIDAD DE MEDICIÓN	Número de países
ESCALA DE MEDICIÓN	Absoluta (conteo)
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Cada 3 años, partiendo de la línea de base del 2019. Se evaluarán dos períodos 2020-2022 (para el informe de progreso) y 2023-2025 (para el informe final)
CÁLCULO	Por conteo de número de países con el atributo definido en el indicador. **Atributo:** ratificación del Convenio Núm. 169 de OIT sobre pueblos indígenas y tribales.

FUENTES	Ministerio de relaciones exteriores
LIMITACIONES	Pueden haber ratificado el Convenio y no haberlo incorporado a nivel nacional
UNIDADES RESPONSABLES	Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural

NOTAS

1. Organización Internacional del Trabajo. Convenio Núm. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales: Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Lima: OIT, 2014. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_345065.pdf.

OBJETIVO 2.1

PROMOVER ACCIONES DE POLÍTICA PÚBLICA QUE ABORDEN LA ETNICIDAD Y SALUD

INDICADOR 2.1.2

NÚMERO DE PAÍSES Y TERRITORIOS QUE IMPLEMENTAN POLÍTICAS QUE ABORDAN LAS INEQUIDADES ÉTNICAS EN LA SALUD

LÍNEA DE ACCIÓN ESTRATÉGICA 2: IMPULSO DE LA ACCIÓN EN MATERIA DE POLÍTICAS PARA EL ACCESO A LA SALUD UNIVERSAL

UTILIDAD	Responder mediante una política a las necesidades en salud de los grupos priorizados.
CONCEPTOS CLAVE	Pueblos indígenas Afrodescendientes Romaníes
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso
UNIDAD DE MEDICIÓN	Número de países y territorios
ESCALA DE MEDICIÓN	Absoluta (conteo)
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Cada 3 años, partiendo de la línea de base del 2019. Se evaluarán dos períodos 2020-2022 (para el informe de progreso) y 2023-2025 (para el informe final)

CÁLCULO	Por conteo de número de países con el atributo definido en el indicador. **Atributo:** implementación de al menos una política que aborde las inequidades étnicas en salud. Las políticas mencionadas en el atributo del indicador deberían como mínimo, abordar las desigualdades étnicas en salud que son fruto de obstáculos de distinta naturaleza en el acceso a servicios de salud, como los obstáculos geográficos, económicos y las diferencias culturales.[1]
FUENTES	Ministerio de salud
LIMITACIONES	Contar con una política pública no garantiza su aplicación efectiva. No siempre se tiene en cuenta a los tres grupos.
UNIDADES RESPONSABLES	Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural

NOTAS

1. Del Pino S, Coates AR, Guzmán JM, Gómez-Salgado J, Ruiz-Frutos C. Política sobre etnicidad y salud: Construyendo soluciones equitativas frente a las desigualdades étnicas. Rev Esp Salud Publica. 2018;92: 26 de octubre.

OBJETIVO 2.1

PROMOVER ACCIONES DE POLÍTICA PÚBLICA QUE ABORDEN LA ETNICIDAD Y SALUD

INDICADOR 2.1.3

NÚMERO DE PAÍSES Y TERRITORIOS QUE HAN INCORPORADO LA ETNICIDAD Y LA SALUD EN SUS AGENDAS NACIONALES DE DESARROLLO

LÍNEA DE ACCIÓN ESTRATÉGICA 2: IMPULSO DE LA ACCIÓN EN MATERIA DE POLÍTICAS PARA EL ACCESO A LA SALUD UNIVERSAL

UTILIDAD	Contribuir a la agenda nacional de desarrollo con perspectiva étnica.
CONCEPTOS CLAVE	Agenda nacional de desarrollo Perspectiva étnica (3 grupos)
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso
UNIDAD DE MEDICIÓN	Número de países y territorios
ESCALA DE MEDICIÓN	Absoluta (conteo)
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Cada 3 años, partiendo de la línea de base del 2019. Se evaluarán dos períodos 2020-2022 (para el informe de progreso) y 2023-2025 (para el informe final)

CÁLCULO	Por conteo de número de países con el atributo definido en el indicador **Atributo:** incorporación explicita de la etnicidad en las agendas nacionales de desarrollo La incorporación la perspectiva étnica (étnico-racial) en el diseño y la ejecución de la política pública implica a corto plazo la incorporación de la variable étnico-racial en los sistemas de registros de información, planes, servicios, prestaciones y programas sociales, entre otros, para ajustar gradualmente la institucionalidad pública, con la finalidad de mejorar las capacidades de sus funcionarios, operadores y directivos.[1] Se considera cumplido si incorpora al menos uno de los tres grupos étnicos priorizados (pueblos indígenas, afrodescendientes y romaníes).
FUENTES	Gobierno nacional (ministerio de salud, departamento o dirección nacional de planeación y otros)
LIMITACIONES	No siempre se tiene en cuenta a los tres grupos
UNIDADES RESPONSABLES	Oficina de Coordinación de Países y Subregiones y Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural.

NOTAS

1. Ministerio de Desarrollo Social. Perspectiva étnico-racial y políticas públicas. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social; 2017. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/perspectiva-etnico-racial-y-politicas-publicas.

OBJETIVO 2.2

IMPULSAR SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD CULTURALMENTE APROPIADOS PARA TODOS

INDICADOR 2.2.1

NÚMERO DE PAÍSES Y TERRITORIOS QUE DESARROLLAN O CUENTAN CON SISTEMAS DE SALUD CON UN ENFOQUE INTERCULTURAL

LÍNEA DE ACCIÓN ESTRATÉGICA 2: IMPULSO DE LA ACCIÓN EN MATERIA DE POLÍTICAS PARA EL ACCESO A LA SALUD UNIVERSAL

UTILIDAD	Responder a la necesidad de articular sistemas de salud y garantizar sistemas de salud culturalmente pertinentes.
CONCEPTOS CLAVE	Sistemas de salud Enfoque intercultural
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso
UNIDAD DE MEDICIÓN	Número de países y territorios
ESCALA DE MEDICIÓN	Absoluta (conteo)
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Cada 3 años, partiendo de la línea de base del 2019. Se evaluarán dos períodos 2020-2022 (para el informe de progreso) y 2023-2025 (para el informe final).

CÁLCULO	Por conteo de número de países con el atributo definido en el indicador. **Atributo:** contar o tener en desarrollo sistemas de salud con enfoque intercultural. La salud intercultural se considera un subcampo de la salud pública.[1] Los sistemas de salud con enfoque intercultural deberían incorporar tres acciones principales: racionalización de la atención curativa; promoción y prevención de salud y fortalecimiento del sistema de salud propio.[2] Se considera cumplido el atributo si el sistema incorpora al menos uno de los tres grupos étnicos priorizados (pueblos indígenas, afrodescendientes y romaníes).
FUENTES	Gobierno nacional (ministerio de salud y otros)
LIMITACIONES	No existe un sistema o mecanismo consensuado de monitoreo y evaluación de sistemas de salud en América Latina y el Caribe.
UNIDADES RESPONSABLES	Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud y Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural.

NOTAS

1. Boccara GB. Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile. Chungara, Revista de Antropología Chilena. 2007;39(2):107-85. Disponible en: https://bit.ly/3kDIVdU.
2. Arteaga EL, San Sebastián M, Amores A. Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador. Saúde em Debate. 2012;36(94):402-413. DOI:10.1590/S0103-11042012000300012.

OBJETIVO 2.2

IMPULSAR SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD CULTURALMENTE APROPIADOS PARA TODOS

INDICADOR 2.2.2

NÚMERO DE PAÍSES Y TERRITORIOS QUE CUENTAN CON POLÍTICAS QUE ABORDAN LA DISCRIMINACIÓN POR ORIGEN ÉTNICO EN EL SISTEMA DE SALUD

LÍNEA DE ACCIÓN ESTRATÉGICA 2: IMPULSO DE LA ACCIÓN EN MATERIA DE POLÍTICAS PARA EL ACCESO A LA SALUD UNIVERSAL

UTILIDAD	Mejorar el acceso y la cobertura a los servicios de salud con pertinencia cultural como criterio de calidad.
CONCEPTOS CLAVE	Estigma Discriminación Barreras de acceso a servicios Pertinencia cultural Calidad de los servicios
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso
UNIDAD DE MEDICIÓN	Número de países y territorios
ESCALA DE MEDICIÓN	Absoluta (conteo)

FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Cada 3 años, partiendo de la línea de base del 2019. Se evaluarán dos períodos 2020-2022 (para el informe de progreso) y 2023-2025 (para el informe final).
CÁLCULO	Por conteo de número de países con el atributo definido en el indicador. **Atributo:** tener al menos una política que aborde la discriminación por origen étnico en el sistema de salud. Se considera cumplido el atributo si la política incorpora al menos a uno de los tres grupos étnicos priorizados (pueblos indígenas, afrodescendientes y romaníes).
FUENTES	Gobierno nacional (ministerio de salud y otros)
LIMITACIONES	No siempre se tiene en cuenta a los tres grupos
UNIDADES RESPONSABLES	Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural

OBJETIVO 2.3

PROMOVER MECANISMOS DE RENDICIÓN DE CUENTAS PARA LA REDUCCIÓN DE LAS INEQUIDADES EN SALUD

INDICADOR 2.3.1

NÚMERO DE PAÍSES Y TERRITORIOS QUE PRODUCEN UN INFORME PERIÓDICO PARA RENDIR CUENTAS SOBRE LA REDUCCIÓN DE INEQUIDADES ÉTNICAS EN LA SALUD

LÍNEA DE ACCIÓN ESTRATÉGICA 2: IMPULSO DE LA ACCIÓN EN MATERIA DE POLÍTICAS PARA EL ACCESO A LA SALUD UNIVERSAL

UTILIDAD	Promover instrumentos o prácticas sociales y políticas de interlocución entre los gobiernos, las comunidades étnicas y sus organizaciones; con la finalidad de generar transparencia y condiciones de confianza entre ciudadanos y gobernantes, además de fortalecer los ejercicios del control social
CONCEPTOS CLAVE	Rendición de cuentas Reducción de Inequidades en salud Prácticas sociales y políticas Interlocución entre gobiernos y comunidades Control social
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso
UNIDAD DE MEDICIÓN	Número de países y territorios
ESCALA DE MEDICIÓN	Absoluta (conteo)
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Cada 3 años, partiendo de la línea de base del 2019. Se evaluarán dos períodos 2020-2022 (para el informe de progreso) y 2023-2025 (para el informe final)

CÁLCULO	Por conteo de número de países con el atributo definido en el indicador **Atributo:** producción de un informe periódico para rendir cuentas sobre la reducción de inequidades étnicas en la salud Este informe puede hacer parte de la rendición de cuentas que se publica por las instituciones y organizaciones en sus páginas web, a través de tableros de control (*dashboards*), ponencias gubernamentales (p. ej., Senado) o comunitarias (p. ej., Cabildos), entre otros. Las inequidades en salud son las diferencias injustas en la salud de las personas de diferentes grupos sociales y pueden asociarse con distintas desventajas, como la pobreza, la discriminación y la falta de acceso a servicios o bienes. Si bien la inequidad en salud es un concepto normativo y, por lo tanto, no puede medirse ni monitorearse con precisión, las desigualdades en salud –las diferencias observables entre grupos sociales dentro de una población– sí pueden medirse y monitorearse, y sirven como un medio indirecto de evaluar la inequidad en salud.[1] Poder hablar de reducción de inequidades, implicara evaluar cambios en el tiempo, al menos en dos momentos distintos. Se considera cumplido el atributo si el informe incorpora al menos uno de los tres grupos étnicos priorizados (pueblos indígenas, afrodescendientes y romaníes)
FUENTES	Ministerio de salud, veedurías y defensorías
LIMITACIONES	El informe no garantiza que se implementen correctivos sobre los hallazgos no favorables frente a la gestión y transparencia
UNIDADES RESPONSABLES	Departamento de Sistemas y Servicios de Salud y Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural.

NOTAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos. Washington, DC: OPS, 2016. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/31211.

OBJETIVO 3.1

PROMOVER LA PARTICIPACIÓN DE LOS DIVERSOS GRUPOS ÉTNICOS EN EL DESARROLLO DE POLÍTICAS Y ACCIONES RELACIONADAS CON SU SALUD

INDICADOR 3.1.1

NÚMERO DE PAÍSES Y TERRITORIOS QUE GARANTIZAN LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LOS DIVERSOS GRUPOS ÉTNICOS EN LOS MECANISMOS NACIONALES RELACIONADOS CON POLÍTICAS Y ACCIONES DE SALUD

LÍNEA DE ACCIÓN ESTRATÉGICA 3: PARTICIPACIÓN SOCIAL Y ALIANZAS ESTRATÉGICAS

UTILIDAD	Facilitar la participación con voz y voto de los diversos grupos en el diseño de políticas y acciones en salud
CONCEPTOS CLAVE	Garantía de participación social Mecanismo de participación Control social
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso
UNIDAD DE MEDICIÓN	Número de países y territorios
ESCALA DE MEDICIÓN	Absoluta (conteo)
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Cada 3 años, partiendo de la línea de base del 2019. Se evaluarán dos períodos 2020-2022 (para el informe de progreso) y 2023-2025 (para el informe final)

CÁLCULO	Por conteo de número de países con el atributo definido en el indicador **Atributo:** garantía de la participación social de alguno de los grupos étnicos priorizados en al menos uno de los mecanismos nacionales relacionados con políticas y acciones de salud Se considera cumplido si participa al menos uno de los tres grupos étnicos priorizados (pueblos indígenas, afrodescendientes y romaníes). Los mecanismos nacionales relacionados con políticas y acciones en salud pueden ser diversos y cambiantes, en tanto que el panorama institucional va modificándose a medida que los recursos de apoyo a las políticas públicas se reparten entre multitud de instituciones nacionales y supranacionales. El número de instituciones con competencia técnica, a menudo especializados en algún aspecto de las políticas públicas, ha aumentado considerablemente, generando una amplia gama de formas institucionales que abarca centros de investigación especializados, fundaciones, departamentos universitarios, consorcios independientes y grupos de estudio, proyectos, organismos técnicos e iniciativas diversas.[1]
FUENTES	Ministerio de salud
LIMITACIONES	No siempre se tiene en cuenta a los tres grupos. Los mecanismos pueden ser muy diversos entre países, lo que puede dificultar la comparación.
UNIDADES RESPONSABLES	Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural y Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida.

NOTAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Informe_sobre_Salud_en_el_mundo-2008.pdf.

OBJETIVO 3.1

PROMOVER LA PARTICIPACIÓN DE LOS DIVERSOS GRUPOS ÉTNICOS EN EL DESARROLLO DE POLÍTICAS Y ACCIONES RELACIONADAS CON SU SALUD.

INDICADOR 3.1.2

NÚMERO DE PAÍSES Y TERRITORIOS QUE DISPONEN DE MECANISMOS OFICIALES PARA LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA RENDICIÓN DE CUENTAS SOBRE LA REDUCCIÓN DE LAS INEQUIDADES ÉTNICAS EN SALUD

LÍNEA DE ACCIÓN ESTRATÉGICA 3: PARTICIPACIÓN SOCIAL Y ALIANZAS ESTRATÉGICAS

UTILIDAD	Responder a la necesidad de monitoreo, evaluación y transparencia sobre la inclusión de la perspectiva étnica en las políticas de salud y sus acciones derivadas.
CONCEPTOS CLAVE	Mecanismos oficiales para la participación social en la rendición de cuentas Participación social Control social Políticas y acciones relacionadas con salud
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso
UNIDAD DE MEDICIÓN	Número de países y territorios
ESCALA DE MEDICIÓN	Absoluta (conteo)
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Cada 3 años, partiendo de la línea de base del 2019. Se evaluarán dos períodos 2020-2022 (para el informe de progreso) y 2023-2025 (para el informe final).

CÁLCULO	Por conteo de número de países con el atributo definido en el indicador. **Atributo:** disponer de mecanismos oficiales para la participación social en la rendición de cuentas sobre la reducción de las inequidades étnicas en salud. Se considera cumplido si hay participación de al menos uno de los tres grupos étnicos priorizados (pueblos indígenas, afrodescendientes y romaníes). Las iniciativas gubernamentales para la rendición de cuentas pueden ser una manera de que los representantes políticos tomen decisiones con mejor información o de garantizar que respondan a demandas reales de la sociedad. En esta categoría entran iniciativas como las consultas directas a la ciudadanía vía referéndum o consejos consultivos, jurados ciudadanos (sesiones de trabajo con ciudadanos reunidos al azar), talleres con actores claves, mesas y foros sectoriales, consejos de participación social, gestión de programas y equipamientos y campañas de voluntariado.[1]
FUENTES	Gobierno nacional (ministerio de salud y otros)
LIMITACIONES	No siempre se tiene en cuenta a los tres grupos
UNIDADES RESPONSABLES	Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural

NOTAS

1. Audikana A, Riezu Xabier, Maqueda A, Arellano J. Rendición de cuentas social y participación. Bilbao: Alboan; 2018. Disponible en: https://www.alboan.org/es/multimedia/publicaciones/investigaciones/rendicion-de-cuentas-social-y-participacion.

OBJETIVO 4.1

PROMOVER EL RECONOCIMIENTO, EL RESPETO Y LA PROTECCIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL, ANCESTRAL Y COMPLEMENTARIA EN LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD

INDICADOR 4.1.1

NÚMERO DE PAÍSES Y TERRITORIOS QUE CUENTAN CON LEYES, POLÍTICAS O ESTRATEGIAS PARA RECONOCER, RESPETAR, PROTEGER E INCORPORAR LA MEDICINA TRADICIONAL, ANCESTRAL Y COMPLEMENTARIA, BASADA EN EL CONOCIMIENTO, EN LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD

LÍNEA DE ACCIÓN ESTRATÉGICA 4:

RECONOCIMIENTO DE LOS CONOCIMIENTOS ANCESTRALES Y DE LA MEDICINA TRADICIONAL Y COMPLEMENTARIA

UTILIDAD	Reconocer los distintos sistemas médicos y responder a las necesidades de salud específicas para cada grupo.
CONCEPTOS CLAVE	Medicina tradicional Medicina ancestral Medicina complementaria Ley Política Estrategia Sabedor tradicional Terapeuta ancestral
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso
UNIDAD DE MEDICIÓN	Número de países y territorios
ESCALA DE MEDICIÓN	Absoluta (conteo)

FRECUENCIA DE MEDICIÓN

Cada 3 años, partiendo de la línea de base del 2019. Se evaluarán dos períodos 2020-2022 (para el informe de progreso) y 2023-2025 (para el informe final).

CÁLCULO

Por conteo de número de países con el atributo definido en el indicador.

Atributo: contar con al menos una ley, política o estrategia para reconocer, respetar, proteger e incorporar la medicina tradicional, ancestral y complementaria en los sistemas nacionales de salud.

Definiciones para considerar dentro de este atributo:[1]

- **Reconocer:** examinar algo o a alguien para conocer su identidad, naturaleza y circunstancias. Establecer la identidad de algo o de alguien. Admitir o aceptar algo como legítimo. Admitir o aceptar que alguien o algo tiene determinada cualidad o condición. Admitir como cierto algo.
- **Respetar:** tener respeto, veneración, acatamiento.
- **Proteger:** amparar, favorecer, defender a alguien o algo.
- **Incorporar:** unir una persona o una cosa a otra u otras para que haga un todo con ellas.

Las definiciones de medicina tradicional, ancestral y complementaria que hay que considerar son:[2]

- **Medicina tradicional:** es la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales.
- **Medicina complementaria:** los términos "medicina complementaria" o "medicina alternativa" aluden a un amplio conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de un país dado ni están totalmente integradas en el sistema de salud predominante. En algunos países, esos términos se utilizan indistintamente para referirse a la medicina tradicional.
- **Medicina tradicional y complementaria:** la medicina tradicional y complementaria fusiona los términos "medicina tradicional" y "medicina complementaria" y abarca productos, prácticas y profesionales.

Se considera cumplido si se prioriza al menos uno de los siguientes grupos étnicos: pueblos indígenas, afrodescendientes y romaníes.

FUENTES	Ministerio de salud
LIMITACIONES	Ilegalidad de medicinas tradicionales, no reconocimiento de las medicinas alternativas complementarias, y estigma y discriminación sobre representantes y usuarios de la medicina tradicional.
UNIDADES RESPONSABLES	Departamento de Sistemas y Servicios de Salud y Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural.

NOTAS

1. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23.a ed. [versión 23.4 en línea]. Disponible en: https://dle.rae.es/.
2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf?sequence=1.

OBJETIVO 4.1

PROMOVER EL RECONOCIMIENTO, EL RESPETO Y LA PROTECCIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL, ANCESTRAL Y COMPLEMENTARIA EN LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD

INDICADOR 4.1.2

NÚMERO DE PAÍSES Y TERRITORIOS QUE CUENTAN CON INSTANCIAS INSTITUCIONALES Y HERRAMIENTAS ORIENTADORAS PARA PROMOVER EL RESPETO HACIA LOS SABEDORES TRADICIONALES Y TERAPEUTAS ANCESTRALES EN EL SECTOR DE LA SALUD

LÍNEA DE ACCIÓN ESTRATÉGICA 4:

RECONOCIMIENTO DE LOS CONOCIMIENTOS ANCESTRALES Y DE LA MEDICINA TRADICIONAL Y COMPLEMENTARIA

UTILIDAD	Avanzar en sistemas de salud que reconocen la pluralidad de sistemas médicos.
CONCEPTOS CLAVE	Hegemonía del sistema médico occidental Espacios o instancias propias Sabedores tradicionales Terapeutas ancestrales
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso
UNIDAD DE MEDICIÓN	Número de países y territorios
ESCALA DE MEDICIÓN	Absoluta (conteo)
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Cada 3 años, partiendo de la línea de base del 2019. Se evaluarán dos períodos 2020-2022 (para el informe de progreso) y 2023-2025 (para el informe final).

CÁLCULO

Por conteo de número de países con el atributo definido en el indicador.

Atributo: contar con instancias institucionales y herramientas orientadoras para promover el respeto hacia los sabedores tradicionales y terapeutas ancestrales en el sector de la salud.

Las instancias y herramientas orientadoras nacionales relacionadas con el sector salud pueden ser diversos y cambiantes; en tanto que el panorama institucional va modificándose a medida que los recursos de apoyo a las políticas públicas se reparten entre multitud de instituciones nacionales y supranacionales. El número de instituciones con competencia técnica, a menudo especializados en algún aspecto de las políticas públicas, ha aumentado considerablemente, generando una amplia gama de formas institucionales que abarca centros de investigación especializados, fundaciones, departamentos universitarios, consorcios independientes y grupos de estudio, proyectos, organismos técnicos e iniciativas diversas.[1]

Se considera cumplido si se cuenta al menos con una instancia institucional o herramienta orientadora para promover el respeto dentro del sector de la salud hacia los sabedores tradicionales y terapeutas ancestrales en al menos uno de los siguientes grupos étnicos: pueblos indígenas, afrodescendientes y romaníes.

FUENTES

Ministerio de salud

LIMITACIONES

No siempre se tiene en cuenta a los tres grupos.

Ministerios de salud sin referentes institucionales que ayuden a valorar la importancia de la medicina tradicional.

UNIDADES RESPONSABLES

Departamento de Sistemas y Servicios de Salud y Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural.

NOTAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008. Disponible: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Informe_sobre_Salud_en_el_mundo-2008.pdf.

OBJETIVO 5.1

FORTALECER LAS CAPACIDADES INSTITUCIONALES Y COMUNITARIAS EN ETNICIDAD Y SALUD

INDICADOR 5.1.1

NÚMERO DE PAÍSES Y TERRITORIOS QUE HAN INCORPORADO LA INTERCULTURALIDAD EN LOS CONTENIDOS CURRICULARES DE LAS CARRERAS PROFESIONALES EN CIENCIAS DE LA SALUD O QUE HAN INCLUIDO LA FORMACIÓN EN COMPETENCIAS INTERCULTURALES PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

LÍNEA DE ACCIÓN ESTRATÉGICA 5: DESARROLLO DE LAS CAPACIDADES A TODOS LOS NIVELES

UTILIDAD	Monitorear la incorporación de la interculturalidad en los contenidos curriculares de las carreras profesionales en ciencias de la salud o la formación de competencias en interculturalidad en los egresados de profesiones de ciencias de la salud
CONCEPTOS CLAVE	Interculturalidad Contenidos curriculares Carreras profesionales Ciencias de la salud Competencias interculturales Mecanismo de monitoreo de la incorporación de la interculturalidad
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso
UNIDAD DE MEDICIÓN	Número de países y territorios
ESCALA DE MEDICIÓN	Absoluta (conteo)
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Cada 3 años, partiendo de la línea de base del 2019. Se evaluarán dos períodos 2020-2022 (para el informe de progreso) y 2023-2025 (para el informe final).

CÁLCULO

Por conteo de número de países con el atributo definido en el indicador.

Atributo: incorporación de la interculturalidad en los contenidos curriculares de las carreras profesionales en ciencias de la salud o formación de competencias en interculturalidad en las instituciones de educación superior.

Existen diferentes modelos propuestos desde los inicios de la educación intercultural y de la formación en interculturalidad. Casi todos ellos coinciden en la necesidad de desarrollar determinadas "competencias interculturales", entendidas como un conjunto de conocimientos, actitudes y habilidades necesarios para el desempeño eficaz de su labor en contextos de diversidad cultural, y que se componen de tres dimensiones fundamentales:[1]

- Cognitiva –conocimiento: cultural, contextual y estructural del "nosotros" primero y del "ellos" después–.
- Afectiva –empatía–.
- Comportamental –habilidades comunicativas y de relación–.

Se considera cumplido si se da la incorporación de la interculturalidad en los contenidos curriculares de las carreras profesionales en ciencias de la salud o formación de competencias en interculturalidad en las instituciones de educación superior.

FUENTES

Ministerio de salud, de educación y otros

LIMITACIONES

No siempre hay coordinación entre ministerios de salud y educación con relación a la educación en salud con perspectiva intercultural.

UNIDADES RESPONSABLES

Departamento de Sistemas y Servicios de Salud y Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural.

NOTAS

1. Martínez Chicón R. Universidad: interculturalidad en la formación, eficacia en la profesión. Opción. 2015;31(6):511-524.

OBJETIVO 5.1

FORTALECER LAS CAPACIDADES INSTITUCIONALES Y COMUNITARIAS EN CUANTO A LA ETNICIDAD Y LA SALUD

INDICADOR 5.1.2

NÚMERO DE PAÍSES Y TERRITORIOS QUE CUENTAN CON MECANISMOS INSTITUCIONALES PARA INCORPORAR A PROFESIONALES PROCEDENTES DE LOS DIVERSOS GRUPOS ÉTNICOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD

LÍNEA DE ACCIÓN ESTRATÉGICA 5: DESARROLLO DE LAS CAPACIDADES A TODOS LOS NIVELES

UTILIDAD	Monitorear la oportunidad que tienen los profesionales en salud de diversos grupos étnicos para ser incluidos como trabajadores en los servicios de salud.
CONCEPTOS CLAVE	Mecanismos institucionales
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso
UNIDAD DE MEDICIÓN	Número de países y territorios
ESCALA DE MEDICIÓN	Absoluta (conteo)
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Cada 3 años, partiendo de la línea de base del 2019. Se evaluarán dos períodos 2020-2022 (para el informe de progreso) y 2023-2025 (para el informe final).

CÁLCULO	Por conteo de número de países con el atributo definido en el indicador. **Atributo:** contar con al menos un mecanismo para incorporar a profesionales procedentes de los diversos grupos étnicos en los servicios de salud. Los mecanismos para avanzar en la incorporación de profesionales de origen étnico en los servicios de salud pueden ser diversos y cambiantes en los países de la región según las normativas, naturaleza del servicio de salud, nivel de complejidad, entre otras. Es importante resaltar que la inequidad étnico-racial en el acceso al mercado laboral, es también una consecuencia de la inequidad en el acceso a la educación formal y profesional, lo que sitúa a la mayoría de los afrodescendientes e indígenas de la región en una posición de desventaja frente a los procesos de modernización.[1]
FUENTES	Ministerio de salud y otros
LIMITACIONES	La disponibilidad de profesionales de origen étnico dependerá directamente de la oportunidad que exista previamente para la formación de estos entre cada uno de los diversos grupos. Contar con mecanismos como el criterio étnico en los procesos de selección no necesariamente representa la permanencia y retención.
UNIDADES RESPONSABLES	Departamento de Sistemas y Servicios de Salud y Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural

NOTAS

1. Rangel M. La inequidad étnico-racial y la formación para el trabajo en América Latina y el Caribe. Santiago: CEPAL; 2001. Disponible en: https://www.cepal.org/es/publicaciones/2976-la-inequidad-etnico-racial-la-formacion-trabajo-america-latina-caribe.

OBJETIVO 5.1

FORTALECER LAS CAPACIDADES INSTITUCIONALES Y COMUNITARIAS EN CUANTO A LA ETNICIDAD Y LA SALUD

INDICADOR 5.1.3

NÚMERO DE PAÍSES Y TERRITORIOS QUE CUENTAN CON MECANISMOS FORMALES PARA LA CAPACITACIÓN SOBRE INTERCULTURALIDAD DEL PERSONAL DE SALUD A NIVEL COMUNITARIO

LÍNEA DE ACCIÓN ESTRATÉGICA 5: DESARROLLO DE LAS CAPACIDADES A TODOS LOS NIVELES

UTILIDAD	Monitorear que los Estados miembros cuenten con mecanismos formales que promuevan la capacitación intercultural del personal de salud que trabaja a nivel comunitario con los pueblos indígenas, afrodescendientes o romaníes.
CONCEPTOS CLAVE	Mecanismos institucionales Personal de salud Nivel comunitario
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso
UNIDAD DE MEDICIÓN	Número de países y territorios
ESCALA DE MEDICIÓN	Absoluta (conteo)
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Cada 3 años, partiendo de la línea de base del 2019. Se evaluarán dos períodos 2020-2022 (para el informe de progreso) y 2023-2025 (para el informe final).

CÁLCULO

Por conteo de número de países con el atributo definido en el indicador.

Atributo: contar con mecanismos formales para la capacitación sobre interculturalidad del personal de salud a nivel comunitario.

El aprendizaje intercultural formal puede tener lugar a través de planes de estudios en todos los niveles de la escolaridad, cursos breves específicos centrados en elementos particulares de las competencias interculturales y oportunidades formalizadas de aprendizaje experimental (por ejemplo, mediante la formación profesional o el estudio o trabajo en el extranjero). Es importante señalar que algunas investigaciones[1,2] han demostrado que el desarrollo de competencias interculturales es un proceso que dura toda la vida, por lo que una formación o experiencia única es insuficiente si el objetivo es alcanzar su pleno desarrollo.

Existen muchos tipos diferentes de herramientas de formación intercultural que se utilizan en una amplia variedad de entornos (educación, negocios, gobierno, desarrollo comunitario, etc.), incluidas las simulaciones, los juegos de rol, los estudios de caso, y las actividades de grupo o las herramientas en línea y entrenamiento, que requieren de la comunicación. Estas herramientas de formación intercultural a menudo tienen lugar en un entorno de aprendizaje formal, como un taller o curso, y suelen ser facilitarlas formadores con conocimientos previos de teorías interculturales, sumados a excelentes habilidades. Por lo general, estas herramientas deben utilizarse en un contexto de largo plazo, más allá de una sola sesión de capacitación.[3]

FUENTES	Ministerio de salud y otros
LIMITACIONES	Contar con mecanismos de capacitación no garantiza que el personal necesariamente desarrolle algunas de las dimensiones fundamentales de las "competencias interculturales" como la empatía, las habilidades comunicativas y de relación.
UNIDADES RESPONSABLES	Departamento de Sistemas y Servicios de Salud y Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural

NOTAS

1. Bennett MJ (Ed.). Basic concepts of intercultural communication, Paradigms, principles, and practices (2.a ed.). Boston: Intercultural Press; 2003.
2. Deardorff DK. The SAGE handbook of intercultural competence. Thousand Oaks: Sage; 2009.
3. Deardorff DK. Manual para el desarrollo de competencias interculturales: círculos de narraciones. Bogotá: UNESCO, 2020. Disponible en: https://redined.educacion.gob.es/xmlui/handle/11162/201325.

El propósito de esta publicación es dar continuidad a la cooperación técnica con los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la estimación y el seguimiento de las metas y los indicadores propuestos en la *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025* en los diferentes países y territorios, con el fin de medir los procesos y el impacto derivado de implementar las orientaciones contenidas en la *Política sobre etnicidad y salud*.

El compendio y las fichas que conforman esta publicación se dirigen en especial a las personas que, desde el sector salud, otros sectores y cooperantes apoyan las acciones interculturales en salud. Esto incluye principalmente a los ministerios de salud de los países y territorios, y la participación de otros ministerios e instituciones gubernamentales, sin olvidar el apoyo de asociados y cooperantes clave.

La elaboración de esta herramienta técnica, en consonancia con la *Política sobre etnicidad y salud*, se orienta bajo un objetivo fundamental de calcular y registrar para la Región de las Américas los avances que entre 2019 y 2025 se alcancen frente al desarrollo de medidas necesarias para garantizar el enfoque intercultural en el acceso a la atención y los servicios de salud, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud, desde un plano de igualdad y respeto mutuo, valorando las prácticas culturales de los grupos étnicos de la Región, sus estilos de vida, su organización social, sus sistemas de valores, sus tradiciones y sus cosmovisiones.

OPS Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional para las Américas