

Universidad de Huelva

Departamento de Sociología y Trabajo Social



Desigualdades en salud para la población afrodescendiente de las Américas

Memoria para optar al grado de doctora
presentada por:

Sandra del Pino Marchito

Fecha de lectura: 10 de mayo de 2021

Bajo la dirección de los doctores:

Carlos Ruiz Frutos

Juan Gómez Salgado

Huelva, 2021





Universidad de Huelva

Memoria para optar al grado de doctora

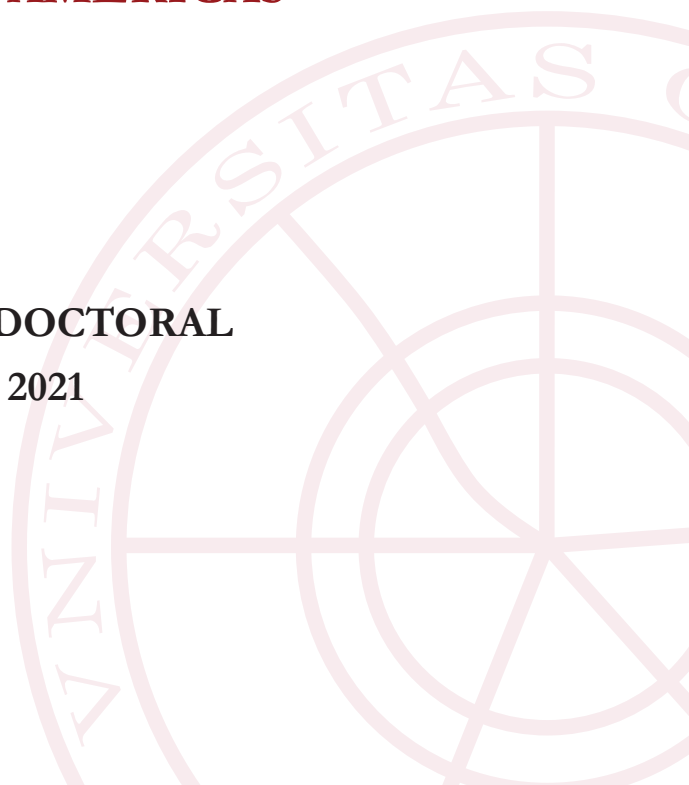
presentada por:

Sandra del Pino Marchito

**DESIGUALDADES EN SALUD PARA LA
POBLACIÓN AFRODESCENDIENTE
DE LAS AMÉRICAS**

TESIS DOCTORAL

2021



Universidad de Huelva



Desigualdades en salud para la población afrodescendiente de las Américas

Sandra del Pino Marchito

**Tesis Doctoral del Programa de Doctorado:
Ciencias de la Salud.**

Directores de la tesis:

Dr. Carlos Ruiz Frutos

Dr. Juan Gómez Salgado

Huelva, 2021

Tesis Doctoral

A mi familia y amigos

*Muy especialmente a Ana,
un milagro en plena pandemia*

AGRADECIMIENTOS

Ahora que culmina esta etapa, después de varios años trabajando en este estudio, me gustaría expresar mi agradecimiento a las tantas personas que me han acompañado en este camino, antes y durante, de forma directa o indirecta. Un trabajo de investigación deriva siempre de ideas e intercambios con otras personas. Asimismo, del acompañamiento y el apoyo de los seres que nos estiman. A todos ellos, mi más sincero agradecimiento.

En primer lugar, a mis directores, Carlos y Juan, por aceptar la dirección de esta tesis sobre un tema desafiante y a pesar de la distancia.

A mi familia, siempre animándome a crecer personal y profesionalmente. A mi padre, por sus sabios consejos y por ser un modelo de perseverancia y esfuerzo; a mi madre, siempre conmigo, y a mi hermana, por siempre estar ahí y creer en mí. Muy especialmente, a mi marido y mi hija, por su paciencia, comprensión y por el tiempo familiar dedicado a este trabajo.

A mi familia del área de derechos humanos de todo el mundo, por ser una fuente de inspiración y por darme la motivación para abogar siempre por lo que es justo. Muy especialmente, a mis colegas y amigos del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en Ginebra: siempre os tengo presentes, así como todas las experiencias de trabajo compartidas, todas ellas, inolvidables.

A mis colegas y compañeros del sector salud de tantos países que han estado presentes durante la última década en distintas regiones del mundo, desde que entré a formar parte de la OMS, con el objetivo de trabajar por el derecho a la salud. Por las discusiones técnicas, los continuos aprendizajes y por la paciencia y el compromiso para involucrarse en temas que escapan del sector salud. A mis colegas de la Oficina Regional de la OMS en Manila, donde viví una experiencia sin igual que me hizo descubrir una región extremadamente diversa y de la que aprendí mucho, trabajando en temas fascinantes. A los colegas con los que he tenido y tengo la oportunidad de trabajar desde la OPS en el área de interculturalidad, por estar siempre cerca a pesar de los kilómetros, por la amistad y por las misiones a terreno que tanto me

han enseñado y aportado, tanto en lo personal como en lo profesional. José Milton, Oscar, Luis, Susana, Dionne, Adrian, Guto, Norman, gracias. A los colegas de los ministerios de salud, agencias de Naciones Unidas y otras entidades con los que he tenido la suerte de coincidir y que trabajan el tema de etnicidad con tanta pasión y compromiso. Gracias, Gloria, el apoyo de estos años ha sido incalculable a todos los niveles. Fabiana, Amparo, María (GIRPI reducido), gracias por todos los momentos compartidos y por hacer que el trabajo, a pesar de ser duro, sea de lo más ameno.

A los representantes de pueblos indígenas, afrodescendientes y romaníes de la región de las Américas, con los que tengo el privilegio de poder trabajar a diario para contribuir a la equidad en salud. Enhorabuena a Samuel por la Dirección de las Etnias y por los continuos esfuerzos para que se implemente, en la práctica, la política sobre etnicidad y salud.

A todos los mentores, colegas, profesores y amigos que me he cruzado a lo largo de mi vida académica y profesional en tantos países, y que han compartido sus conocimientos, me han apoyado y me han transmitido su cariño.

De la forma más especial, quiero dar las gracias a todas aquellas personas que viven en situación de vulnerabilidad que he tenido la oportunidad de conocer en tantos países del mundo y que han compartido conmigo parte de sus experiencias y testimonios. Gracias. Espero que el trabajo que promovemos sea una pequeña contribución para que se escuchen sus voces y se trabaje por la equidad y la justicia, tan necesarias hoy. Es, en realidad, por vosotros por lo que me embarqué en este camino desafiante, pero, a la vez, muy gratificante.

*Nothing is as important as passion.
No matter what you want to do with
your life, be passionate (JBJ)*

RESUMEN

Antecedentes: Existen indicios de que la población afrodescendiente de las Américas, al igual que otros grupos étnicos, presenta resultados de salud más desfavorables que el resto de la población. Actualmente se llevan a cabo numerosas iniciativas para mejorar la situación en la que viven las personas de ascendencia africana. Entre ellas se incluye la proclamación del Decenio Internacional para los Afrodescendientes (2015-2024) por la Asamblea General de las Naciones Unidas. La necesidad de contar con evidencias sobre las desigualdades étnicas en salud responde a numerosos compromisos internacionales y regionales, incluida la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y su lema de “no dejar a nadie atrás”.

Objetivos: El objetivo general es el de analizar la atención en salud de la población afrodescendiente de las Américas para identificar desigualdades. Como objetivos específicos se propusieron: 1) Analizar los esfuerzos regionales en materia de políticas para abordar las desigualdades étnicas; 2) Realizar una revisión sistemática exploratoria de la literatura para localizar evidencias de las posibles desigualdades en salud entre los afrodescendientes y otros grupos de población en las Américas y 3) Analizar la discriminación racial y la calidad de los servicios de salud recibidos para la población afrodescendiente de las Américas, a través de un grupo de expertos como informantes clave.

Metodología: El estudio desarrollado en esta tesis está dividido en tres fases. En la primera, se analizaron los trabajos impulsados para abordar las desigualdades étnicas por los principales organismos internacionales relacionados con el tema, buscando en los sitios web y también en las publicaciones de organismos y entidades que trabajan con población afrodescendiente en la región de las Américas. En una segunda se realizó una revisión sistemática exploratoria de la literatura para identificar las evidencias disponibles en el campo de la salud pública sobre desigualdades en salud, relacionadas con las condiciones étnicas de la población afrodescendiente de las Américas, en comparación con otros grupos poblacionales de la misma área de salud. Para ello se revisaron las fuentes bibliográficas y bases de datos

científicas (LILACS, PUBMED, MEDLINE e IBECS) y se consultaron repositorios institucionales y académicos. En la tercera, se llevó a cabo un estudio con metodología cualitativa, realizando entrevistas en profundidad a informantes clave. Los proveedores de información fueron líderes afrodescendientes, funcionarios de los Ministerios de Salud y organismos internacionales en salud y expertos internacionales en salud afrodescendiente e interculturalidad, de seis países. Se categorizó y codificó la información extraída, generando las citas y mapas conceptuales. Los coeficientes de concurrencia permitieron establecer la vinculación de los códigos de cada categoría estudiada con la categoría analítica central, y se elaboraron los mapas conceptuales, con el software Atlas.ti v.8.2.

Resultados: La Organización Panamericana de la Salud reconoce que en los afrodescendientes de las Américas existen situaciones de discriminación y exclusión, con peores condiciones de vida y menor nivel de salud, que le llevó en 2017 a aprobar por unanimidad una política sobre etnicidad y salud y un plan de acción sobre etnicidad y salud (2019-2025). Se observaron problemas operativos para el uso de la variable étnico racial en encuestas, censos y registros que dificultan el estudio de la existencia de discriminación en el colectivo. La discriminación racial estructural y funcional se asocia con la segregación espacial en área urbana y rural, así como con la clase social, las desigualdades de género y otras condiciones que configuran barreras de acceso y problemas en la calidad de la atención en salud. Todo ello nos ha permitido visibilizar la no disponibilidad de servicios de salud en los lugares donde habitan los afrodescendientes. Se ha podido evidenciar que los aportes de la medicina tradicional y la partería contribuyen a la cobertura universal de salud en estos entornos. La adopción de medidas en el marco de la salud intercultural podría ayudar a mejorar los resultados de salud de la población afrodescendiente. El análisis de las diferencias entre países permitiría identificar y difundir las buenas prácticas que tuvieran éxito.

Conclusiones: La discriminación racial está presente en los servicios de salud, y en la no disponibilidad de estos servicios en los lugares donde habitan los afrodescendientes. Se evidencia la subvaloración

que se les da a las personas afrodescendientes al momento de brindar los servicios de salud, la estigmatización que sufren frente a algunos tipos de padecimientos y los problemas asociados a la calidad de los servicios. Se incide en la necesidad de continuar impulsando abordajes interculturales y de involucrar a los líderes afrodescendientes en cualquier asunto relacionado con su salud y bienestar. Los resultados revelan la necesidad de un compromiso político y un marco estratégico consensuado para avanzar hacia la equidad en salud.

Palabras clave: equidad en salud, origen étnico y salud, afrodescendientes, determinantes sociales de la salud, racismo, acceso universal a la salud



ABSTRACT

Background: There are indications that the people of African descent of the Americas, as well as other ethnic groups, present more unfavorable health outcomes than the rest of the population. Numerous initiatives exist today to improve the situation in which people of African descent live, including the proclamation of the International Decade for People of African Descent (2015-2024) by the United Nations General Assembly. The need for evidence on ethnic inequalities in health responds to numerous international and regional commitments, including the 2030 Agenda for Sustainable Development and its pledge to leave no one behind.

Objectives: The general objective is to analyze the health care of the Afro-descendant population of the Americas to identify inequalities. As specific objectives, the following were proposed: 1) Analyze regional policy efforts to address ethnic inequalities; 2) Conduct a systematic review of the literature to find evidence of health inequalities amongst people of African descent and other groups in the Americas and 3) Analyze racial discrimination and the quality of health services for the Afro-descendant population of the Americas, through a group of experts as key informants.

Methodology: The study conducted in this thesis is divided in three stages. The first analyzed work promoted to address ethnic inequalities by the main international organizations, searching the websites and also the publications of organizations and entities that work with the Afro-descendant population in the region of the Americas. During the second, a systematic review of the literature was conducted to identify what evidence exists in the field of public health on the health inequalities amongst people of African descent in the Americas, related to their ethnic conditions, in comparison with other population groups in the same field. For this, bibliographic sources, and scientific databases (LILACS, PUBMED, MEDLINE and IBECs) were reviewed and institutional and academic repositories were consulted. In the third stage, a study with qualitative methodology was completed, conducting in-depth interviews with key informants. These included leaders of African descent, officials from the ministries of health, international health agencies, and international technicians specialized in Afro-

descendant health and interculturality, from six countries. The extracted information was categorized and coded, generating the citations and concept maps. The concurrency coefficients made it possible to establish the link between the codes of each category studied with the central analytical category, and the concept maps were elaborated with the Atlas.ti v.8.2 software.

Results: The Pan American Health Organization recognizes that people of African descent in the Americas face discrimination and exclusion, worse living conditions and health outcomes, which led it in 2017 to unanimously approve a policy on ethnicity and health and, in 2019, a strategy and action plan on ethnicity and health (2019-2025). We have observed operational problems with the use of the ethnic racial variable in surveys, censuses and registries that make it difficult to study the existence of discrimination within the group. Structural and functional racial discrimination is associated with spatial segregation in urban and rural areas, as well as with social class, gender inequalities and other conditions that constitute access barriers and problems in the quality of health care. All the above shows the non-availability of health services in the places where people of African descent live; it has been shown that the contributions of traditional medicine and midwifery enhance universal health coverage in these settings; how the adoption of measures within the framework of intercultural health could help improve the health outcomes of people of African descent; and how analyzing the differences between countries would allow the identification and dissemination of good practices that are successful.

Conclusions: Racial discrimination is present in health services, and in the unavailability of these services in places where people of African descent live. There is evidence of the undervaluation given to people of African descent when providing health services, the stigmatization they suffer from some types of health issues and the problems associated with the quality of services. There is a need to continue promoting intercultural approaches and to involve leaders of African descent in any matter related to their health and well-being. The results reveal the need for political commitment and a consensual strategic framework to advance towards equity in health.

Keywords: health equity, ethnic origin and health, people of African descent, social determinants of health, racism, universal access to health.

ÍNDICE

Resumen	13
Abstract	16
1. INTRODUCCIÓN GENERAL	21
1.1. La salud como un derecho fundamental y la equidad en salud	21
1.2. Desigualdades en salud y población afrodescendiente	23
1.3. Los afrodescendientes en la región de las Américas	27
1.4. Estigmatización, racismo y discriminación y las desigualdades en salud	29
1.5. Avances para abordar las desigualdades en salud para la población afrodescendiente	31
1.6. Desigualdades étnicas en un contexto de pandemia	34
2. OBJETIVOS	39
2.1. Analizar los esfuerzos regionales en materia de políticas para abordar las inequidades étnicas	39
2.2. Realizar una revisión sistemática exploratoria de la literatura para encontrar evidencia cuantitativa y cualitativa de las desigualdades en salud entre los afrodescendientes y otros grupos de población en las Américas	39
2.3. Analizar la discriminación racial y calidad de los servicios de salud para la población afrodescendiente de las Américas, a través de un grupo de expertos como informantes clave	39
3. METODOLOGÍA	41
4. RESULTADOS	47
4.1. Artículo 1	47
4.2. Artículo 2	55
4.3. Artículo 3	80

5. DISCUSIÓN	99
5.1. Hallazgos generales	99
5.2. Avances en etnicidad y salud en la región	100
5.3. Contribuciones de la Medicina Tradicional	107
5.4. Abordaje de las desigualdades étnicas desde la interculturalidad	109
5.5. Limitaciones	111
5.6. Posibles líneas de investigación futura	113
6. CONCLUSIONES	115
7. REFERENCIAS	117
8. ANEXOS	129
8.1. Aprobación del comité de Ética	129
8.2. Otros indicios de calidad	131

1. INTRODUCCIÓN GENERAL

1.1. La salud como un derecho fundamental y la equidad en salud

La Constitución de 1946 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La propia OMS amplió este concepto en su 30ª Asamblea Mundial de 1977, incorporando el concepto de equidad, al incluir como meta para el año 2000 que todos los ciudadanos *alcancen un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva*. El ideal de igualdad, entendido como la sensibilidad para medir las desigualdades, está en la base del derecho a la salud. Y en el mismo sentido, al reconocerse el conjunto de derechos sociales, incluyendo el derecho a la salud, se contribuye a la disminución de las desigualdades (1).

En la actualidad existen múltiples definiciones sobre la salud que complementan la definición de la OMS. Sin embargo, muchas de las dificultades han radicado en la imposibilidad de medir la capacidad o forma de vivir y, por ello, se han propuesto definiciones que permiten comparar la salud entre distintas poblaciones y en distintos periodos (2). En este sentido, se destaca el aporte de Richard Doll, que ha definido la salud como *la ausencia de condiciones que limitan la capacidad funcional, pudiendo dichas condiciones ser medidas objetivamente* (3).

Es importante tener presente, además, que el concepto de salud ha ido cambiando en la sociedad a consecuencia de distintos y complejos procesos económicos y sociales. Al respecto, es relevante la teoría de la transición sanitaria (4). Como puso de manifiesto la OMS, ya no se trata sólo de “ganar años a la vida”, sino también de “ganar vida a los años” (2)

Si bien hoy nadie discute que el derecho a la salud es un derecho fundamental, fue en 1946 la Constitución de la OMS, el primer instrumento internacional en consagrar el disfrute del más alto nivel posible de salud (el derecho a la salud) como un derecho fundamental de cada ser humano (5). Desde entonces, este derecho ha sido reconocido en numerosos instrumentos de derecho internacional,

como la Declaración Universal de Derechos Humanos, de 1948, que en su artículo 25 menciona la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1966, también reconoce, por su parte, el derecho a la salud (6).

El derecho a la salud es un derecho inclusivo que abarca no solamente la atención sanitaria que una persona recibe sino, además, los determinantes de la salud, como el acceso a agua y saneamiento, a alimentos, a una vivienda adecuada, entre otros.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que el derecho a la salud está sujeto a una realización progresiva y, a pesar de que se reconocen las limitaciones en recursos de la parte de los Estados, se les imponen ciertas obligaciones de efecto inmediato. Por ejemplo, la garantía de que el derecho a la salud se ejercerá sin discriminación de ningún tipo y la obligación de que se darán pasos específicos para su plena realización (6).

Por su parte, la Observación General No. 14 (2000): el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) incluye la accesibilidad económica como uno de los elementos que componen el derecho a la salud. Esta implica que los pagos por servicios de atención de la salud y sus determinantes básicos deberán basarse en el principio de la equidad para asegurar que esos servicios lleguen a todos sin distinción, independientemente de que sean públicos o privados. La misma Observación General añade que los hogares más pobres no estarán sujetos a cargas desproporcionadas en comparación con los más ricos (7).

Con este contexto sobre la salud contemplada desde un marco de derechos, es importante referirnos a la situación actual de la salud para la población a nivel mundial. Se presentan importantes avances, aunque también nuevos retos. Entre los logros, cabe destacar la mejora de la salud infantil, los avances en tratamientos y diagnósticos de ciertas enfermedades, como la tuberculosis o el sarampión. Otro destacado avance es la esperanza de vida al nacer que, en 2016, registró 72

años (74.2 años para las mujeres y 69.8 años para los hombres) lo que representó un aumento de 5,5 años a partir del año 2000 y se posicionó como el aumento más acelerado durante los últimos 60 años. La brecha entre las mujeres y los hombres fue de 4,3 años en 2000 y se mantuvo casi igual (4.4) en 2016 (8). Además, se ha conseguido reducir la mortalidad materna en un 43,9% desde 1990 a 2016 (9).

Sin embargo, estos avances no se han contemplado de la misma forma para las distintas poblaciones, y las desigualdades en los resultados en salud dentro y entre los países, advierten sobre las disparidades entre los grupos ricos y pobres y los importantes rezagos para algunas de estas poblaciones (10).

Estas disparidades han sido el motivo por el que, tanto a nivel mundial como regional, se siguen impulsando esfuerzos para contribuir y aportar a la equidad en salud. Para este trabajo de tesis doctoral, nos centraremos en la región de las Américas (a la que nos referiremos también en el documento como “la región”), y específicamente haremos referencia a algunos de los esfuerzos en salud que se vienen impulsando desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entidad que nace en 1902, constituyéndose como la institución internacional de salud pública más antigua del mundo.

La misión de la OPS incluye la equidad en salud: “*Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud ...*” De igual modo, el primer valor de la organización también incluye la equidad como “*la lucha por la imparcialidad y la justicia mediante la eliminación de las diferencias que son innecesarias y evitables.*” La equidad en salud enfatiza que la mayoría de las diferencias en los resultados de salud entre grupos resultan de procesos sociales y económicos que producen diferencias en lo que respecta al acceso a la salud. Así, la equidad en salud es un componente clave de la justicia social (11).

1.2. Desigualdades en salud y población afrodescendiente

Para abordar el vínculo entre desigualdades en salud y población afrodescendiente es ineludible referirnos a ciertos conceptos como la

raza, la etnia y la etnicidad. Estas categorías, por mucho tiempo, se han asociado a relaciones de desigualdad y discriminación por parte de los grupos mayoritarios. Estos grupos han creado una supuesta superioridad con mejores derechos en relación con los del “otro”, y que por tanto, excluyen y desvalorizan (12).

En muchos casos, estos debates conceptuales siguen aún en curso. Sin embargo, es necesario hacer algunas consideraciones al respecto que puedan servir como referentes para este trabajo.

El concepto raza ha de entenderse a la luz de la historia y las relaciones sociales y no como una mera entidad biológica (13). En ese sentido, nos remitimos a la referencia que hace la OPS que, como parte integrante del sistema de las Naciones Unidas, considera que la raza humana es una sola y que las diferencias son de carácter cultural y simbólico (14).

Ni la raza, la edad, la pertenencia a un determinado grupo étnico ni ninguna otra condición deberían afectar el ejercicio del derecho a la salud. En ese sentido, los principios de igualdad y no discriminación exigen a los Estados adoptar medidas para reformular cualquier práctica, política o ley que pudiera ser discriminatoria. Las desigualdades se han visto incrementadas por los procesos históricos de marginalización y esto ha limitado que las personas afrodescendientes puedan disfrutar del derecho fundamental a la salud (15).

A pesar de la riqueza multicultural que caracteriza a la región de las Américas, con su diversidad de grupos étnicos, también se considera la región más desigual del mundo. En este trabajo nos enfocaremos en la población afrodescendiente, y en cómo esta se ve afectada por las desigualdades, con características propias en América Latina y el Caribe (16).

La población afrodescendiente se enfrenta, además de a desigualdades sociales y económicas a otros factores como la discriminación y el racismo. El conjunto de estos factores tiene como consecuencia unos resultados de salud donde se dan, entre otros, altas tasas de mortalidad infantil, mortalidad materna y embarazos precoces. Además, en muchos países, se observa cómo la población afrodescendiente queda colocada

en una situación aún más vulnerable por no contar con servicios integrales de salud con calidad y pertinencia cultural (17).

Todo lo anterior contrasta con los importantes aportes de la población afrodescendiente a la riqueza multicultural de la región de las Américas con sus tradiciones y valores culturales propios. A pesar de que puedan darse similitudes con otros grupos étnicos de la región, en este trabajo nos centraremos únicamente en la población afrodescendiente.

En un informe de salud publicado por la OPS se indica que las personas afrodescendientes junto con la población indígena, y las poblaciones con opciones sexuales minoritarias se consideran las más vulnerables del continente (18). El informe de la Comisión de la OPS sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas, reconoce la discriminación a la que se enfrentan los distintos grupos étnicos, indicando que las personas indígenas y afrodescendientes del continente americano están sujetas a numerosas desventajas que se traducen en el deterioro de su salud (19)

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), también destaca en su informe sobre la situación de las personas afrodescendientes en las Américas (20), que este grupo sigue enfrentando discriminación, exclusión y desigualdad estructurales que obstaculizan el pleno goce de sus derechos. En el mismo informe, al abordarse el derecho a la salud, se enfatiza que el bajo nivel de asistencia a un centro médico por parte de la población afrodescendiente se debe a muchos factores como, por ejemplo, la calidad del servicio o la falta de accesibilidad al mismo. La CIDH también se ha referido a la falta de políticas que aborden las enfermedades que más afectan a las personas afrodescendientes y a la falta de enfoques interculturales del tratamiento médico.

La población afrodescendiente en las Américas sufre las consecuencias de las brechas significativas en la salud, y los datos disponibles dan cuenta de las inequidades existentes en comparación con la población general. Es importante precisar que los datos no se recogen de forma uniforme para todos los países y que, en muchos

casos, la información disponible sobre la situación de salud de la población afrodescendiente es escasa o no representativa. Si bien no se cuenta con datos exactos, la información con la que se dispone en la actualidad permite evidenciar que las personas afrodescendientes presentan mayores niveles de pobreza, falta de acceso a servicios básicos como agua y saneamiento, menores tasas de participación y representación en los procesos de toma de decisiones, y la ocupación en empleos de baja remuneración. Durante la Conferencia de Santiago (2000), los Estados reconocieron la existencia de un estrecho vínculo entre pobreza y racismo (21).

Complementando a lo anterior, también existe información sobre cómo otros determinantes sociales de la salud colocan a las poblaciones indígenas y afrodescendientes de la región en una situación de desventaja. Por ejemplo, son menores los logros educativos en la población afrodescendiente en algunos países que cuentan con datos al respecto (22).

Además, teniendo en cuenta las intersecciones entre la etnicidad y el género, las mujeres afrodescendientes en condición de pobreza pueden llegar a tener una triple condición de vulnerabilidad en todos sus derechos, entre ellos el del acceso a la salud (23). En este sentido, en algunos países, la tasa de maternidad adolescente en afrodescendientes supera en 40% la registrada en las adolescentes que no son afrodescendientes (24). Así mismo, un informe sobre equidad y salud en América Latina y el Caribe destaca que las mujeres indígenas y afrodescendientes, así como sus hijos, presentan peores resultados en salud y una menor utilización de los servicios de salud, resultados que han sido asociados con el maltrato recibido por estos grupos étnicos en los establecimientos (25).

La CIDH también se ha pronunciado sobre la situación de riesgo de la mujer afrodescendiente y cómo esta se enfrenta a una triple discriminación en base a su sexo, su raza y su situación de pobreza extrema. Esta situación, además, se puede ver agravada en contextos sociopolíticos determinados, como es el caso de los conflictos armados o las catástrofes naturales. La CIDH ha hecho énfasis en cómo las

personas afrodescendientes habitan en las zonas más pobres y tienen los trabajos menos remunerados y en como el peso de la discriminación es aún mayor para las mujeres de ascendencia africana. El informe también destaca la discriminación que experimentan en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, en el que se dan mayores tasas de mortalidad infantil y materna. Igualmente, se pone de manifiesto la persistencia de actitudes racistas y sexistas por parte del personal de salud, e incluso la práctica de esterilizaciones forzadas (20).

Para mejorar estas condiciones de vida a la hora de adoptar intervenciones que generen resultados en salud, es importante reconocer las diferencias económicas, políticas y culturales que existen (14). Además, hay que tener presente que el concepto de salud para los distintos grupos étnicos implica la incorporación de otras dimensiones relacionadas con la espiritualidad y con las distintas cosmovisiones de estos grupos. Por cosmovisión entendemos un conjunto de ideas ordenadas y clasificadas con las que cada grupo de una cultura determinada interpreta el universo y actúa en él. Esto dependerá de las creencias, costumbres e historia que un determinado grupo o una persona tenga sobre su realidad. Abarca un conjunto de presuposiciones sobre cómo funciona el mundo (26). Estas realidades, lejanas a la medicina occidental, han de tenerse presentes a la hora de impulsar iniciativas que mejoren la salud de estas poblaciones.

Teniendo en cuenta las limitaciones mencionadas con respecto a la falta de datos, así como el interés creciente que despierta la relación entre etnicidad y salud y, sobre todo, para poder aportar a la equidad en salud, se llevó a cabo, como parte de este trabajo, una revisión sistemática exploratoria de la literatura para contribuir en la toma de decisiones que aborden las desigualdades en salud entre la población afrodescendiente de las Américas y otros grupos poblacionales.

1.3. Los afrodescendientes en la región de las Américas

Se calcula que los afrodescendientes en el continente americano suman alrededor de 175 millones de personas (27). A pesar de los avances en la inclusión de las variables de autoidentificación en los

censos de población y vivienda, aún existen limitaciones para determinar la demografía de las poblaciones afrodescendientes en América Latina y el Caribe (28).

Los afrodescendientes son las personas de origen africano que llegaron a América como parte del comercio de esclavos que se dio en la zona del océano Atlántico desde el siglo XVI hasta el XIX durante la época colonial y para las cuales se han usado denominaciones como mulatos, zambos, prietos, morenos, creoles, garífuna, saramaka, yudka, boni, palenqueras, raizales (29).

En países del Caribe la población afrodescendiente es mayoritaria con más del 80% del total de los habitantes. En Centro y Sudamérica el mayor número de personas afrodescendientes se encuentra en Brasil (50.9% del total de su población), seguido por Colombia (10.5%), Panamá (8.8%), Costa Rica (7.8%) y Ecuador (7.2%). Para los demás países de la región las cifras varían por debajo del 5% (27).

En este trabajo utilizamos el término afrodescendiente como un concepto de carácter jurídico y político reconocido por las Naciones Unidas, y acogido durante la Conferencia Regional de las Américas, realizada en Chile en el año 2000, como preparación para la III Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, celebrada en Durban (Sudáfrica) en el año 2001 (30). En esta conferencia preparatoria se otorgó la categoría cultural de afrodescendientes a quienes hasta ese momento eran considerados “negros”. La Conferencia de Durban permitió que por primera vez se reconociera el legado histórico de los afrodescendientes y permitió distanciarse del fenotipo para su caracterización. Esta categorización trajo consigo un cambio de paradigma en el que es la descendencia la que prima (afrodescendiente) y no el fenotipo (negro).

La mayoría de los países han adoptado el término afrodescendiente de forma parcial, lo que implica aún más dificultades a la hora de abordar la situación de salud de la población afrodescendiente. El término afrodescendiente está vinculado a las distintas concepciones que derivan del autorreconocimiento o de las consecuencias de una historia de racismo y discriminación hacia esta población.

También existen retos en lo que respecta a cómo se recopila la información sobre las personas afrodescendientes y las metodologías utilizadas para ello. De hecho, hasta hace muy poco, la mayoría de los países latinoamericanos negaban la existencia de la discriminación racial y negaban a los organismos la importancia de recopilar datos sobre las personas afrodescendientes (31). Esto está íntimamente vinculado con la estigmatización y el racismo que esta población ha venido sufriendo.

1.4. Estigmatización, racismo y discriminación y las desigualdades en salud

Para abordar las desigualdades en salud con respecto a la población afrodescendiente, se hace necesario reflexionar si la situación de salud de este grupo pudiera estar vinculada a la estigmatización, el racismo y la discriminación, y cómo estos fenómenos pueden o no posicionarlos en una situación de desventaja con respecto a otros grupos. También es necesario analizar qué esfuerzos se han dado desde un punto de vista de políticas para mejorar la situación de salud de este grupo, si se han tenido en cuenta las perspectivas de la población afrodescendiente en la adopción de políticas en materia de salud, y cómo éstas se están implementando.

En materia de políticas que contemplen estas situaciones de racismo y discriminación, los avances son muy dispares y no siempre se ha contado con el diálogo y las perspectivas de los distintos grupos étnicos para su elaboración. Si bien se han producido importantes avances en la región con respecto a la necesidad de impulsar un abordaje intercultural de los servicios de salud, aún persisten los obstáculos, muchas veces, originados por la discriminación, el racismo y la exclusión ejercidos sobre estas poblaciones. La necesidad de reconocer el valor de la cultura como un bien, con implicaciones también para la salud, es un tema clave en el trabajo en salud con estas poblaciones que, a su vez, implica una complejidad mayor para contribuir a la equidad en salud, dado que escapa en muchas ocasiones de la visión de la medicina occidental y no siempre es aceptado.

Existen importantes consensos que reconocen las necesidades de la población afrodescendiente. Entre ellos destacan la Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas Conexas de Intolerancia (32) y la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia (33).

Existen compromisos importantes para eliminar las desigualdades étnicas. No Dejar a Nadie Atrás es la promesa central y transformadora de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Esta promesa representa el compromiso de todos los Estados de la ONU de erradicar la pobreza, poner fin a la discriminación y la exclusión y reducir las desigualdades que dejan a las personas atrás y socavan el potencial de las personas y de la humanidad en su conjunto (34).

Por otra parte, adoptado en 2013, el Consenso de Montevideo constituye una de las expresiones más representativas del compromiso de los Estados de América Latina y el Caribe a promover la plena integración y el desarrollo sostenible. En su apartado 95, del capítulo afrodescendiente, los Estados se comprometen a: *Garantizar el ejercicio del derecho a la salud de las personas afrodescendientes, en particular la salud sexual y la salud reproductiva de las niñas, adolescentes y mujeres afrodescendientes, tomando en cuenta sus especificidades socioterritoriales y culturales, así como los factores estructurales, como el racismo, que dificultan el ejercicio de sus derechos* (35).

En la región de las Américas la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, aprobada por los Estados Miembros de la OPS en 2014, establece compromisos similares para velar que todas las comunidades y pueblos puedan acceder, sin ningún tipo de discriminación, a servicios de salud adecuados, oportunos y de calidad. Se persigue así una solución que sea acorde a las necesidades de los distintos grupos con especial énfasis en aquellos que están sujetos a condiciones de mayor vulnerabilidad, mediante acciones multisectoriales que aborden los determinantes de la salud y aseguren a la vez el compromiso de todos para promover la salud y el bienestar (36).

El logro de estas metas de acceso universal para los pueblos indígenas, los afrodescendientes y los romaníes exige nuevas ideas y métodos de trabajo (17). Entre otros, se hará necesario identificar y trabajar con nuevos métodos para recopilar y analizar datos para detectar las inequidades étnicas en salud y evaluar programas y políticas eficaces. Además, se requiere actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Por otra parte, el acceso universal exige que haya un diálogo intercultural y un enfoque de la salud que reconozcan y valoren las diferencias entre culturas de los distintos grupos étnicos, al tiempo que responden a sus necesidades específicas.

1.5 Avances para abordar las desigualdades en salud para la población afrodescendiente

Como se expuso anteriormente, la información disponible sobre la situación de salud de la población afrodescendiente continúa siendo un reto. Uno de los principales desafíos para obtener un diagnóstico preciso sobre la dimensión de las situaciones diferenciadas de salud, es la falta de datos desagregados. En el ámbito nacional, muchos países de la región han incorporado mecanismos para desagregar los datos sobre salud por etnicidad/origen étnico. Sin embargo, esos mecanismos no siempre se han implementado y existe una variedad en las formas de identificar la etnicidad en los censos, registros de salud y encuestas (22).

De ahí que, en muchas ocasiones, la información de la que se dispone sea escasa o no representativa. La falta de datos cuantitativos y cualitativos sigue constituyendo una gran barrera para entender los determinantes y situaciones de salud de la población afrodescendiente, formular respuestas adecuadas y asegurar rendición de cuentas sobre las mismas. Generar y analizar evidencia sobre la situación de salud de las poblaciones afrodescendientes en la región de las Américas es una necesidad que, además, está enmarcada en un contexto de derechos humanos.

Existen importantes avances globales, regionales y nacionales para abordar las inequidades étnicas y, específicamente, trabajar en la mejora de las condiciones de salud y el bienestar de la población afrodescendiente. A continuación, se detallan las más relevantes.

Decenio Internacional para los Afrodescendientes (2015-2024)

A nivel global, es importante hacer referencia al Decenio Internacional para los Afrodescendientes. Fue proclamado por la resolución 68/237 de la Asamblea General y constituye un importante momento en el cual las Naciones Unidas, los Estados Miembros, la sociedad civil y todos los demás agentes pertinentes se suman a los afrodescendientes y adoptan medidas eficaces para poner en práctica el programa de actividades en un espíritu de reconocimiento, justicia y desarrollo (37).

El Decenio se enfoca en la discriminación y el racismo como desencadenante de pobreza, déficit en el acceso y calidad de servicios de salud, educación y vivienda, menor acceso a la seguridad social, entre otros. Sus propuestas pretenden ser una solución a estos problemas, poniendo énfasis en la salud, el trabajo y las acciones necesarias para hacer frente al racismo y la discriminación racial (38).

Con la proclamación del Decenio, se ha reconocido por vez primera la importancia de promover y proteger los derechos humanos de los afrodescendientes. En la región de las Américas viven alrededor de 200 millones de personas que se autoidentifican como descendientes de africanos. Muchos millones más viven en otras partes del mundo, fuera del continente africano (39).

El Decenio ofrece un marco operativo a los Estados para eliminar las injusticias que se han heredado históricamente y luchar contra el racismo y la discriminación racial que siguen enfrentando los afrodescendientes. El lema del Decenio es *Reconocimiento, Justicia y Desarrollo*.

La Conferencia de examen de Durban, celebrada en 2009 resaltó la importancia de instar a los Estados a concretar sus compromisos (40). El año 2011 se proclamó como año internacional para los afrodescendientes para retomar lo que se había iniciado en la Conferencia de Durban. A pesar de los avances que se dieron durante ese año, se llegó a la conclusión que un solo año no era suficiente para hacer progresar los derechos de los afrodescendientes. Es así como las Naciones Unidas proclamaron el Decenio internacional para los Afrodescendientes

(2015-2024), para dar un plazo suficiente a los Estados a cumplir con sus compromisos y aplicar el programa de actividades adoptado. El Decenio es fruto de un largo debate entre los Estados de las distintas regiones para concretar sus objetivos y acciones prioritarias (41).

Consecuentemente con estos esfuerzos, a nivel nacional, se deberían tomar medidas concretas y prácticas mediante la adopción y aplicación efectiva de marcos jurídicos nacionales e internacionales y de políticas y programas de lucha contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia a las que se enfrentan los afrodescendientes, teniendo en cuenta la situación particular de las mujeres, las niñas y los jóvenes varones.

En 2016, se lanzó el Plan de Acción de las y los Afrodescendientes en las Américas (42), una iniciativa regional para fortalecer las políticas públicas y asegurar los derechos de la población afrodescendiente en la región hasta 2025. Este Plan menciona expresamente a la OPS, como agencia especializada en salud del sistema interamericano, para colaborar en la inclusión del enfoque afrodescendiente en las políticas de salud de los países. Esto quiere decir que se consideren las necesidades específicas afrodescendientes a la hora de elaborar políticas e impulsar programas de salud dirigidos a ella. Es de destacar en este plan la importancia del componente de salud sexual y reproductiva en comunidades con población afrodescendiente. Entre algunas de las prioridades vinculadas a este tema especificadas en el plan se encuentran la reducción de la mortalidad materna, la necesidad de ampliar el acceso a métodos de planificación familiar y a los controles del embarazo. Otro de los aspectos que establece el plan apunta a que los países elaboren e implementen protocolos de atención de enfermedades no transmisibles para la población afrodescendiente.

El Plan de Acción es la respuesta regional al Decenio Internacional de las Personas Afrodescendientes 2015 al 2024, proclamado por las Naciones Unidas, para impulsar el reconocimiento, la justicia y el desarrollo de las poblaciones afrodescendientes. En ese marco, y teniendo en cuenta el rol de la OPS como agencia específica en salud, la Organización de Estados Americanos (OEA) y la OPS se han comprometido a fortalecer su cooperación en esos tres ejes, fomentando

el goce pleno de los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos de las poblaciones afrodescendientes en América Latina y el Caribe.

Por otra parte, es importante destacar el trabajo en etnicidad y salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS antecede en más de 40 años la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la cual forma parte como Oficina Regional para las Américas, siendo además el organismo especializado en salud del sistema interamericano.

Es la única oficina regional de la OMS que incluye la etnicidad como un eje transversal junto con género, equidad y derechos humanos. El componente de etnicidad en la OPS comenzó en 1993, con trabajo específico en salud indígena.

1.6. Desigualdades étnicas en un contexto de pandemia

La situación a la que se enfrenta el mundo en el 2020 hace imperativo referirse a las implicaciones que ha traído la COVID-19 para todos los sectores de la población, incluidos los más vulnerables. Y especialmente, por cómo las situaciones de desigualdad que afectan a la población afrodescendiente, han quedado visibilizadas en mayor medida en el contexto de esta pandemia. La pandemia de la COVID-19 genera implicaciones devastadoras para los distintos grupos poblacionales, las economías de todo el mundo y los mismos sistemas de salud (43).

Si bien el tema de la COVID-19 no era objetivo de estudio de la tesis, ya que es un fenómeno producido recientemente, al tratarse de un importante efecto en la salud del colectivo estudiado y susceptible de discriminación por razón de su etnia, es por lo que se ha decidido incluir este apartado. Se ha puesto de manifiesto la realidad de las desigualdades étnicas en salud, que se han extendido a un contexto de pandemia como el que atraviesa el mundo en la actualidad y que tienen referencias directas a los trabajos de investigación que esta tesis incluye.

Numerosos esfuerzos se están realizando para hacer frente a esta nueva realidad y estos reflejan la necesidad de continuar adoptando enfoques interculturales cuando las poblaciones implicadas son grupos

étnicos. La OPS, desde sus continuados esfuerzos por incorporar enfoques étnicos en salud, trabaja en la región de las Américas con los pueblos indígenas, la población afrodescendiente y otros grupos étnicos en el contexto de la COVID-19. Por ejemplo, se han abordado algunos temas clave en consulta con estos grupos y desde sus cosmovisiones que muestran las desigualdades que experimentan estas poblaciones con respecto del resto, también en el contexto de la pandemia (44)

Distintas instituciones se han referido a cómo esta pandemia y sus repercusiones afectan de manera más que proporcional a determinados grupos y colectivos marginados por motivos de raza, nacionalidad o condición étnica. La pandemia de la COVID-19 ha agravado las antiguas desigualdades estructurales, en lo relativo al acceso a instalaciones, bienes y servicios sanitarios. Por ejemplo, el racismo y la discriminación que ya existían se han visto ahora agravadas y se han visibilizado desigualdades estructurales fundamentales subyacentes en diversos ámbitos de la vida (social, económica, civil y política). Además, los grupos marginados por motivos raciales también se enfrentan a falta de acceso a agua potable y saneamiento debido a las condiciones precarias en las que viven, sin acceso a servicios básicos y en zonas tanto rurales como urbanas (45,46).

Otros factores que aumentan la situación de vulnerabilidad de la población afrodescendiente en el contexto de la COVID-19, incluyen la prevalencia de ciertas enfermedades crónicas, un menor acceso a las redes de seguridad social e incluso la desconfianza generada por antecedentes de racismo en el sector salud. La OPS ha puesto de manifiesto que el impacto podría mitigarse si estos grupos participaran con el sector salud en cualquier iniciativa que les afecte y si se articulan medidas de prevención con la red de servicios de salud en el caso de tener los efectos de la COVID-19 en sus territorios (44).

Los efectos de la pandemia se están expandiendo a otras áreas para estas poblaciones, con grandes implicaciones en su situación de salud, como por ejemplo el área laboral. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la pandemia ha causado un trastorno importante en la economía y el mercado de trabajo, con implicaciones

a largo plazo en lo que respecta a subempleo y desempleo, así como a la calidad (47).

Las personas pertenecientes a determinados grupos étnicos, incluidos los afrodescendientes, en muchas ocasiones, están sobrerrepresentados en los empleos que presentan mayor riesgo de contagio en esta pandemia, como son asistentes sanitarios, cuidadores y personas que realizan tareas domésticas, siendo además mujeres, la mayoría. Los periodos de crisis pueden dar lugar a un contexto donde se generalice la explotación laboral al verse los empleados obligados a aceptar condiciones laborales no adecuadas, por miedo a perder sus empleos. En algunos países se ha reportado, por ejemplo, cómo se han realizado detenciones basadas en anuncios publicados en las redes sociales, en los que se ponían a la venta a empleadas domésticas, en particular a mujeres afrodescendientes (45).

La COVID-19 no afectará de la misma manera a todas las comunidades y es importante adoptar enfoques y estrategias diferenciados que tengan en cuenta si las personas viven en zona rural o urbana, así como los distintos modos de vida y los roles de género. Otros temas para considerar son los obstáculos que afectan la implementación de medidas básicas de higiene, como el lavado de las manos (por ejemplo, si no se cuenta con agua o jabón). Asimismo, las dificultades que no permitan mantener el distanciamiento social debido a las formas de vida, porque deban ser culturalmente aceptadas o porque vengan impuestas por las condiciones socioeconómicas en las que estas poblaciones viven; o, incluso, una combinación de ambas. La falta de acceso a servicios culturalmente apropiados que puedan dar respuesta a posibles casos de COVID-19 en estas poblaciones es otro de los factores que dificulta la situación de la población afrodescendiente (44).

En Estados Unidos de América, donde existen datos desagregados, se reflejan las disparidades étnicas con respecto a la COVID-19. Las muertes son desproporcionadamente altas entre los afroamericanos, en comparación con la población en general. Por ejemplo, en la ciudad de Washington DC, los afroamericanos corresponden a 76% de las muertes de la ciudad y representan alrededor del 47% de la población. Tomando

como ejemplo Estados Unidos, donde los grupos minoritarios ocupan en su mayoría los trabajos esenciales, se añaden otras condiciones de vulnerabilidad para explicar los cuadros clínicos graves de COVID-19 para estas poblaciones. Por ejemplo, tienen una menor cobertura de seguro médico y un acceso limitado a servicios de salud y a alimentos saludables. Es importante, por lo tanto, al contemplar estrategias que mitiguen el impacto de la COVID-19, el abordar las distintas inequidades que interseccionan entre sí y que configuran la generación de las desigualdades y la distribución de poder. Entre ellas se incluyen las inequidades asociadas a la clase social, la raza, el género y el nivel de ingresos (48,49)





2. OBJETIVOS

El objetivo general de la tesis es el de analizar la atención en salud de la población afrodescendiente de las Américas para identificar desigualdades con respecto a otros grupos poblacionales, con el propósito de contribuir a la equidad en salud al abordar las desigualdades étnicas. Como objetivos específicos se propusieron:

- 2.1. Analizar los esfuerzos regionales en materia de políticas para abordar las inequidades étnicas
- 2.2. Realizar una revisión sistemática exploratoria de la literatura para encontrar evidencia cuantitativa y cualitativa de las desigualdades en salud entre los afrodescendientes y otros grupos de población en las Américas
- 2.3. Analizar la discriminación racial y calidad de los servicios de salud para la población afrodescendiente de las Américas, a través de un grupo de expertos como informantes clave



3. METODOLOGÍA

Para el primer objetivo específico de la tesis, se analizaron los trabajos impulsados por los principales organismos internacionales relacionados con el tema, incluyendo, la Organización Mundial de la Salud, las agencias de las Naciones Unidas, la Organización de Estados Americanos y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Se buscó en los sitios web y también en las publicaciones de organismos y entidades que trabajan con población afrodescendiente en la región de las Américas.

El segundo de los objetivos se realiza a través de una revisión sistemática exploratoria de la literatura, para abordar desde la salud pública la situación de la población afrodescendiente en las Américas y contribuir a la equidad en salud. Se realiza mediante el acceso a fuentes bibliográficas y bases de datos científicas. También se incluyen consultas a epidemiólogos y expertos en enfoques antropológicos en salud para completar las búsquedas; y el acceso a bases de datos en otros organismos clave que abordan la temática de etnicidad y salud afrodescendiente.

Para la búsqueda se planteó esta pregunta: ¿Qué evidencia en salud pública existe sobre desigualdades en salud, relacionadas con las condiciones étnicas de la población afrodescendiente de las Américas, en comparación con otros grupos poblacionales?

A partir de esta pregunta se trabajó para identificar en español los DeCS (descriptores en ciencias de la salud) y en inglés MeSH (Medical Subject Heading), y se complementaron con repositorios institucionales de las universidades de Chile; Antioquia, Nariño, los Andes, Rosario, ICESI (Colombia), Autónoma de México, Programa CLACSO-CROP de estudios sobre pobreza en América Latina y el Caribe, CEPAL, Ministerio de Salud de Colombia, México, Brasil y de Cultura de Colombia, National Urban League – NUL., utilizando el operador booleano AND.

Los criterios de inclusión y exclusión para los estudios o trabajos de la presente revisión fueron:

Criterios de inclusión: (a). El referente poblacional del trabajo son los Afrodescendientes de las Américas. (b) Fueron realizados en el período comprendido entre el 2005 y el 2017. (c) Están escritos en inglés, portugués o español. (d) Están elaborados con diseños de tipo cuantitativo en salud pública, que evidencien el uso de metodologías e instrumentos de medición para relacionar: población afrodescendiente y desigualdades sociales en salud. (e) Están elaborados con diseños de tipo cualitativo que usen metodologías e instrumentos de valoración para relacionar: población afrodescendiente e inequidades en salud. (f) Presentan abordajes contextuales que consideren factores históricos, sociales y culturales que inciden en las condiciones de vida de los pueblos afrodescendientes de las Américas. (g) Presentan abordajes que consideran la forma como se generan desigualdades e inequidades en salud en la población Afrodescendiente de las Américas. (h) Consideran desenlaces diferenciales en términos de igualdad y equidad en salud o enfermedad (morbilidad y mortalidad), de los pueblos Afrodescendientes de las Américas, frente a otros grupos poblacionales. (i) Consideran factores generadores de efectos acumulativos en materia de desigualdades e inequidades étnicas como afrodescendientes de las Américas; por ejemplo, ser afrodescendiente, mujer, que habita en zona rural dispersa.

Criterios de Exclusión: (a) Estudios realizados por fuera del período definido. (b) Estudios de población afrodescendiente que no habite en las Américas (Norte América, América Central, el Caribe y América del Sur). (c) Estudios que no aporten a identificar desigualdades/inequidades en la población afrodescendiente que vive en las Américas.

DESCRIPTORES DeCS y MeSH

EN ESPAÑOL*	EN INGLÉS**
<ul style="list-style-type: none"> - “Determinantes Sociales en Salud” AND Afro\$ - “Determinantes Sociales en Salud” AND etnicidad - “Determinantes Sociales en Salud” AND “étnico-racial” - “Determinantes Sociales en Salud” AND “grupos étnicos” - “Disparidades Sociales en Salud” AND Afro\$ - “Disparidades Sociales en Salud” AND etnicidad - “Disparidades Sociales en Salud” AND “étnico-racial” - “Disparidades Sociales en Salud” AND “grupos étnicos” - “Revisión sistemática exploratoria” 	<ul style="list-style-type: none"> - “Social Determinants of Health” AND “African Continental Ancestry Group” - “African Continental Ancestry Group” AND “Health Inequalities” - “African Continental Ancestry Group” AND “Social Inequity” - “Systematic review” AND “African Continental Ancestry Group”
<p>* En español se trabajó con la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y repositorios institucionales.</p> <p>** En inglés se trabajó con el proyecto de texto completo de información global (GIFT, por sus siglas en inglés, Global Information Full Text), de la OMS.</p>	

Como resultado inicial de la búsqueda se identificaron 1418 artículos. Tras diversas lecturas y aplicación de los respectivos criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 62 artículos, realizados entre 2005 y 2017. De los 62 resultados identificados en bases de datos LILACS, MEDLINE, PUBMED, IBECS como parte de la red de fuentes de información de GIFT y BVS, se obtuvieron: 20 en GIFT, 16 en BVS, 1 de Equity Health y 25 en repositorios institucionales. De los trabajos seleccionados, 42 se presentaron como artículos, 18 como documentos y dos como material de estudio virtual. El 51,61 % (32) de los trabajos se realizaron con métodos cualitativos. El 48,38% (30) de los trabajos seleccionados se realizaron con métodos cuantitativos. De los 62 artículos, seis (9,67) son producto de algún tipo de revisión, documental, estado del arte, bibliográfica y solo una revisión sistemática.

En cuanto al tercer objetivo, se realizó mediante un trabajo de metodología cualitativa que aborda la discriminación racial a la que se enfrenta la población afrodescendiente y la calidad de los servicios que esta recibe. Para ello, se elaboró un instrumento con variables y dimensiones para tres grupos de actores: líderes y lideresas afrodescendientes, representantes de ministerios de salud y expertos en salud intercultural y etnicidad. El instrumento recogía todos los hallazgos identificados a partir de la literatura revisada (objetivo 2) que se consideran clave para población afrodescendiente. Una vez terminada la prueba de jueces (pilotaje con dos entrevistas para cada actor), se modificó el instrumento y se procedió a realizar las entrevistas a los actores identificados. Las entrevistas se realizaron algunas de forma virtual, por encontrarse los entrevistados en distintos países, y otras, de forma presencial. Posteriormente, se trabajó con expertos en metodología cualitativa para procesar la información y obtener los resultados del artículo a desarrollar. En total, se realizaron 20 entrevistas en profundidad semiestructuradas a informantes clave: líderes afrodescendientes, funcionarios de los ministerios de salud, organismos internacionales de salud y expertos internacionales en salud afrodescendiente e interculturalidad, de seis países de la región.

Teniendo en cuenta la temática social e institucionalmente compleja, se hizo necesario entrevistar a personas con inserción social o institucional que, desde sus perfiles, permitieran identificar conocimientos y explicaciones acerca de las desigualdades étnicas. Las preguntas de las entrevistas eran abiertas y de carácter exploratorio para comparar y contrastar las opiniones de los distintos entrevistados. Dada la complejidad de la materia a explorar, se optó por un diseño de aproximación cualitativa desde un enfoque fenomenológico, mediante entrevistas en profundidad a personas clave. Para considerar los posibles aspectos éticos vinculados a la toma de datos y su análisis, previamente a la realización de cada entrevista se informó a la persona entrevistada, a través de un modelo de consentimiento informado, los objetivos del estudio y la metodología a seguir.

Se categorizó y codificó la información extraída y los coeficientes de concurrencia permitieron establecer la vinculación de los códigos de cada categoría estudiada con la categoría analítica central, y se elaboraron los mapas conceptuales, con el software Atlas.ti v.8.2. El ejercicio de análisis establece los tipos de vinculación entre los códigos de cada categoría estudiada, ubicando como categorías analíticas centrales la discriminación racial, el acceso y la calidad de los servicios de salud.



4. RESULTADOS

A continuación, se presentan las publicaciones derivadas de la tesis y que responden a los objetivos propuestos:

4.1. Artículo 1

Del Pino Sandra, Coates Anna R., Guzmán José Milton, Gómez-Salgado Juan, Ruiz-Frutos Carlos. Política sobre etnicidad y salud: Construyendo soluciones equitativas frente a las desigualdades étnicas. *Rev. Esp. Salud Publica.* 2018;92:e201809059. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100308&lng=es. Epub 26-Sep-2018.

Journal Citation Report (2018): Impact Factor: 0.635. Public, Environmental & Occupational Health-SSCI: 155/164 (Q4)

COLABORACIÓN ESPECIAL

Recibido: 7 de marzo de 2018
Aceptado: 30 de mayo de 2018
Publicado: 26 de septiembre de 2018

**POLÍTICA SOBRE ETNICIDAD Y SALUD: CONSTRUYENDO SOLUCIONES
EQUITATIVAS FRENTE A LAS DESIGUALDADES ÉTNICAS**

Sandra del Pino (1), Anna R. Coates (1), José Milton Guzmán (2), Juan Gómez-Salgado (3,5), Carlos Ruiz-Frutos (4,5)

(1) Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Washington DC. Estados Unidos.

(2) Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Paraguay.

(3) Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva. Huelva. España.

(4) Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública. Universidad de Huelva. España.

(5) Universidad Espíritu Santo. Guayaquil. Ecuador.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la OPS/OMS.

RESUMEN

Fundamentos: La evidencia pone de manifiesto la importancia de abordar la etnicidad en relación a los determinantes sociales de la salud para el logro progresivo del acceso universal a la salud y la cobertura universal en salud. Esto implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud adecuados, oportunos, de calidad, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras. La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) reconoció la necesidad de un compromiso político y marco estratégico consensuado para avanzar hacia la equidad en salud, elaborando la primera política sobre etnicidad y salud para las Américas aprobada por los ministerios de salud en septiembre de 2017 durante la 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Esta política, impulsada por la OPS/ OMS, que incluye la etnicidad como uno de sus cuatro ejes transversales de trabajo, está alineada con importantes compromisos globales, incluida la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. El presente artículo presenta la forma como se elaboró esta política, y los desafíos para su implementación. Dicha política tiene en cuenta la necesidad de trabajar en conjunto y reorientar los servicios de salud con un enfoque intercultural para mejorar las condiciones de salud de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romanes y otros grupos étnicos que coexisten en la región de las Américas y que, en muchas ocasiones, presentan resultados de salud más desfavorables que el resto de la población.

Conclusiones: Con la aprobación de esta política, la región de las Américas se convierte en la primera región de la OMS en dar respuesta a la necesidad de adoptar un abordaje intercultural, en el contexto de los determinantes sociales de la salud, considerando las desigualdades de género que interactúan con las de etnicidad, las diferencias en acceso a la salud a través del curso de vida, la promoción y el respeto de los derechos individuales y, para los pueblos indígenas, de los derechos colectivos.

Palabras clave: Política de salud, Origen étnico y salud, Equidad en salud.

Correspondencia:

Juan Gómez Salgado
Facultad de Enfermería
Universidad de Huelva, Campus El Carmen
Avda. Tres de Marzo, s/n
21071 Huelva, España
jgsalgad@gmail.com

ABSTRACT

Ethnicity and health policy: Building equitable solutions in the face of ethnic inequalities

Background: The evidence highlights the importance of working with ethnicity in relation to the social determinants of health for the progressive achievement of universal access to health and universal health coverage. This implies that all people and communities have access, without any kind of discrimination, to comprehensive, appropriate and timely, quality health services, while ensuring that the use of these services does not expose users to financial hardship. The Pan American Health Organization (PAHO / WHO) recognized the need for a political commitment and a consensual strategic framework to advance towards equity in health. As a result, in a participatory way, the first policy on ethnicity and health was elaborated and approved by the Ministries of Health in September 2017 during the 29th Pan American Sanitary Conference. This policy, promoted by PAHO / WHO, includes ethnicity as one of its four cross cutting themes for work, aligned with important global commitments, including the 2030 Agenda for Sustainable Development. This article presents the way in which this political proposal was elaborated, and the challenges for its implementation. This policy takes into account the need to work together and reorient health services with an intercultural approach in order to improve the health conditions of indigenous peoples, afro-descendants, Roma people and other ethnic groups that coexist in the Americas region, who present health results more unfavorable than the rest of the population.

Conclusions: With the approval of the policy, the Americas becomes the first region of WHO to respond to the need to adopt an intercultural approach in the context of the social determinants of health. This is done by taking into account the gender and ethnic inequalities that interact, the differences in access to health throughout the life course, as well as the promotion and respect of individual rights and, in the case of indigenous peoples, collective rights.

Key words: Health policy, Ethnic origin and health, Equity in health.

Cita sugerida: 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 Pública. 2018;92: 26 de septiembre e201809059.

Sandra del Pino, et al.

INTRODUCCIÓN

La Región de las Américas se caracteriza por ser culturalmente diversa. En ella coexisten distintos grupos étnico-raciales con diferentes realidades socioeconómicas y culturales, las cuales determinan sus necesidades y la situación de salud que presentan, en ocasiones, con peores resultados en relación a la población general⁽¹⁾.

El presente artículo presenta la forma como se elaboró la política sobre etnicidad y salud de las Américas para enfrentar estas inequidades y los desafíos para su implementación. Para ello comienza con los antecedentes y luego describe el proceso de construcción y aprobación con los consensos y disensos. Además presenta los ejes prioritarios de la política y las conclusiones relacionadas con las oportunidades y los desafíos generados, al contar los ministerios de salud de la región de las Américas con una política de salud y etnicidad como instrumento de referencia.

Antecedentes. Los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos que coexisten en las Américas se enfrentan, en muchas ocasiones, a situaciones de discriminación y exclusión, lo que conlleva a la violación de sus derechos fundamentales, a unas peores condiciones de vida y resultados en salud.

A pesar de los problemas en la recolección de datos, la información disponible pone de manifiesto las inequidades existentes con respecto a la población general.

Para mejorar estas condiciones de vida, es importante reconocer las diferencias económicas, políticas y culturales que existen a la hora de adoptar intervenciones que generen resultados en salud. Entre otros, se destaca el reconocimiento del valor de la cultura cuando esta es revitalizada y los aportes que distintas prácticas culturales brindan a lo largo del curso de vida cuando se cuentan con condiciones de vida favorable, en la salud de los grupos étnicos. La reorientación de los servicios de

salud con un enfoque intercultural en un contexto que considere las condiciones de vida de la población, permite avanzar de una forma no discriminatoria hacia la consecución del derecho al máximo grado posible de salud y de otros derechos humanos relacionados⁽¹⁾.

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, que se reconoce como uno de los instrumentos más importantes de protección de los derechos de los pueblos indígenas, destaca el derecho a tener acceso a su medicina tradicional y a mantener sus prácticas de salud⁽²⁾. Asimismo, el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre pueblos indígenas y tribales, ratificado por quince países de la región, reconoce que los servicios de salud deben organizarse en cooperación con los pueblos involucrados, teniendo en cuenta su ubicación geográfica y situación social, así como sus métodos de prevención, sus prácticas curativas y sus medicamentos tradicionales⁽³⁾. Otros referentes importantes para esta temática incluyen la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial⁽⁴⁾, la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017⁽⁵⁾ y la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud⁽⁶⁾ y el Plan de acción sobre la salud en todas las políticas⁽⁷⁾ (tabla 1).

A pesar de que importantes compromisos mundiales han venido reconociendo el respeto de los derechos humanos de los miembros de los distintos grupos étnicos, incluyéndose el derecho a la salud, se hacía necesario contar con un compromiso más específico sobre etnicidad y salud relevante para la región además de un instrumento que guiara a los ministerios de salud sobre cómo trabajar de forma conjunta con los distintos grupos poblacionales teniendo en cuenta las diferentes cosmovisiones y necesidades para hacer frente a las desigualdades étnicas en salud que son fruto de obstáculos de distinta naturaleza en el acceso a servicios de salud, como los obstáculos geográficos y económicos y las diferencias culturales⁽¹⁾.

Tabla 1 Consensos mundiales y regionales aplicables al contexto de la salud de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otros grupos étnicos (listado no exhaustivo)
Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia (2001)
Declaración de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2011)
Cumbre Mundial de Afrodescendientes (2011)
Decenio Internacional para los Afrodescendientes 2015-2024 (2013)
Conferencia Mundial sobre los Pueblos Indígenas (2014)
Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (2015)
Plan de Acción del Decenio de las y los Afrodescendientes en las Américas (2016)

Si bien la falta de consideración de las diferencias culturales puede considerarse como un obstáculo al acceso a los servicios de salud, es importante destacar el rol positivo que la cultura puede ejercer en este sentido. Hay que tener presente que cada cultura, dentro de su proceso de desarrollo histórico, ha identificado formas de responder a los problemas fundamentales como la vida, la muerte, la salud y la enfermedad, en todos los casos con niveles de relación con el modelo médico institucional. Estas respuestas no son ni idénticas ni válidas para todas las culturas pero juegan un rol clave en su propio contexto⁽⁸⁾.

En este sentido, para los pueblos indígenas, los afrodescendientes y los romaníes de la región de las Américas, los conocimientos ancestrales con condiciones propicias para su ejercicio (territorios con plantas medicinales, sitios sagrados, alimentos suficientes, entre otros), son esenciales para aprovechar el potencial de la medicina tradicional en sus aportes al acceso y la cobertura universal en salud⁽¹⁾.

La Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 incorpora el reconocimiento de los conocimientos tradicionales y de la medicina tradicional y complementaria como uno de sus objetivos⁽⁹⁾. Desde los años 90, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) ha impulsado intervenciones

que incluyen un abordaje intercultural con respecto a la salud de los pueblos indígenas, que se han traducido en la adopción de importantes resoluciones por parte de los Estados miembros (en los diferentes espacios de consulta con los pueblos indígenas por parte de las Autoridades Nacionales en salud y con la OPS/OMS, los representantes de dichos pueblos, en el marco de lo que denominan la revitalización de la medicina tradicional, han expuesto estos puntos, los cuales están registrados en actas, ayudas memoria y documentos de trabajo)⁽¹⁾. La OPS/OMS ha reconocido la importancia de expandir estos esfuerzos al trabajo con otros grupos étnicos, como los afrodescendientes o los romaníes, para responder a las distintas realidades de la región. Así, el Plan Estratégico de la Organización, teniendo en cuenta estas prioridades y el compromiso de la Organización con estas poblaciones, incluye la etnicidad como un eje transversal para todos los niveles de la Organización, junto con género, equidad y derechos humanos⁽¹⁰⁾, a diferencia del resto de la Organización Mundial de la Salud que cuenta únicamente con los otros tres ejes transversales (género, equidad y derechos humanos).

Elaboración de una política sobre etnicidad y salud para las Américas. La OPS/OMS ha priorizado la necesidad de trabajar conjuntamente con los pueblos indígenas, los

Sandra del Pino, et al.

afrodescendientes, los romanes y otros grupos étnicos que se enfrentan a situaciones de discriminación y desigualdades para abordar su salud a través de un importante y complejo proceso, para llegar a consensuar una política regional aprobada por los Estados miembros que incorporara las distintas cosmovisiones de la región a la hora de abordar las necesidades en salud.

La complejidad del proceso radicó en llegar a consensuar un documento construido de forma participativa con pueblos indígenas, afrodescendientes, romanes y miembros de otros grupos étnicos, así como con los ministerios de salud de una región tan diversa desde el punto de vista cultural.

Se realizaron diversas consultas coordinadas a través de las oficinas de países de la OPS/OMS. Estas consultas, nacionales, sub-regionales y regional, lograron consolidar un documento que incorporara las diferentes perspectivas de todos los actores involucrados en el proceso. Las consultas contaron con representantes de pueblos indígenas, afrodescendientes y romanes, seleccionados por OPS/OMS según su perfil, y en consulta con expertos de la región y con las redes y organizaciones regionales y sub-regionales indígenas, afrodescendientes y romanes. Para las consultas nacionales, las mismas organizaciones designaron, mediante sus mecanismos internos, a la/s persona/s que participarían.

Es de destacar que además se consideró fundamental la representación de las mujeres y se contó con la participación de distintos grupos poblacionales, incluyendo la juventud indígena y afrodescendiente para asegurar que se reflejaran las intersecciones con las desigualdades de género y las distintas necesidades a lo largo del curso de vida⁽⁹⁾. También participaron en el proceso referentes técnicos de los ministerios de salud y los mecanismos sub-regionales de salud de la región, incluyendo la Comisión de Ministros de Centroamérica y el Organismo Andino de Salud.

Durante estas consultas, basadas en el diálogo y respeto mutuo, se hizo una revisión exhaustiva de los conceptos, términos e implicaciones de la propuesta de política. Cada decisión se discutió ampliamente hasta llegar a un consenso documentado en una propuesta final que se presentó a las instancias políticas de los ministerios para aprobación. Sobre todo, la propuesta de política reconoció las distintas denominaciones o conceptualizaciones que existen en los distintos países y que la especificación o caracterización de grupo étnico varía según la composición étnica de cada país.

Así, durante la 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana en Washington DC, los Estados miembros de la OPS/OMS aprobaron por unanimidad la política sobre etnicidad y salud, que se convierte en el único referente a nivel mundial para abordar la salud de los distintos grupos étnicos.

La política aborda la etnicidad desde una doble dimensión. En primer lugar, desde la óptica de los determinantes sociales de la salud, teniendo en cuenta las situaciones de exclusión social y económica a las que se enfrentan ciertos grupos y que tienen limitaciones en las oportunidades y capacidades a lo largo de sus vidas. Por otro lado, contempla la etnicidad desde las diferencias culturales, para lo cual se requieren abordajes focalizados en los distintos grupos y, además, considerando la cultura como un bien con implicaciones también para la salud.

Con el enfoque intercultural en salud se busca generar espacios de comunicación y diálogo entre las distintas culturas para el fortalecimiento de los pueblos históricamente excluidos y la sensibilización de los pueblos que se encuentran en una posición privilegiada.

Así, a través del enfoque intercultural se reconoce la importancia de caracterizar a la población y comprender las dimensiones de la pertenencia étnica, la cultura y la cosmovisión de los pueblos en la dinámica de salud.

A pesar de esta contribución potencial para contrarrestar las desigualdades, se requieren cambios económicos y sociales más amplios sobre las estructuras de poder pues son estas las que, en definitiva, perpetúan la inequidad, tanto como, determinan el avance hacia la igualdad.

Con la aprobación de esta política, los Estados Miembros de la OPS/OMS crean un precedente al reconocer la necesidad de adoptar medidas para garantizar el enfoque intercultural en el contexto de los determinantes sociales de la salud y la paridad de trato entre los pueblos, desde un plano de igualdad y respeto mutuo, considerando además el valor de las prácticas culturales.

En el documento de política se priorizan cinco líneas de acción para abordar la salud de los distintos grupos étnico-raciales de la Región: a) generación de evidencia, b) impulso de acción en materia de políticas, c) participación social y alianzas estratégicas, d) reconocimiento de los conocimientos ancestrales y de la medicina tradicional y complementaria y e) desarrollo de las capacidades a todos los niveles⁽¹⁾.

Con esta política, se ofrece a los Estados miembros una acción en firme a la hora de abordar la salud de los grupos étnicos, incluyéndose una serie de decisiones para la cooperación técnica orientadas a lograr un cambio positivo a largo plazo que contribuyan, entre otros, a eliminar las barreras de acceso a los servicios y mejorar los resultados de salud de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de

otros grupos étnicos y a avanzar hacia la salud universal.

Líneas estratégicas de la política y cambios esperados. La Política sobre etnicidad y salud, aprobada en la 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana por los Ministros de Salud de la Región, constituye una herramienta clave para mejorar la situación de salud de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otros grupos étnicos que coexisten en la región de las Américas y que se enfrentan, en muchas ocasiones, a peores situaciones de salud que la población general.

Esta política contribuye a reducir las desigualdades en salud de los distintos grupos y a avanzar con equidad hacia la cobertura universal de salud. Asimismo, se enmarca en el contexto de importantes iniciativas globales, incluida la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas.

Al incorporar la etnicidad como un eje transversal para la Organización, junto con equidad, género y derechos humanos, la OPS/OMS se convierte en un referente a nivel mundial en el abordaje intercultural con respecto a la salud de los distintos grupos étnicos.

La política, priorizando cinco líneas estratégicas (tabla 2) para la cooperación técnica en etnicidad y salud a través de un proceso inclusivo de consulta con representantes de los distintos grupos de la región, promueve un enfoque intercultural que contribuya, entre otros, a eliminar las barreras de acceso a los servicios y mejorar los resultados de

Tabla 2
Líneas estratégicas priorizadas en la Política sobre Etnicidad y Salud
1. Generación de evidencia
2. Impulso de la formulación de políticas
3. Participación social y alianzas estratégicas
4. Reconocimiento de los conocimientos ancestrales y de la medicina tradicional y complementaria
5. Desarrollo de las capacidades a todos los niveles

Sandra del Pino, et al.

salud de los distintos grupos teniendo en cuenta las diferentes cosmovisiones y necesidades.

Con la aprobación de este importante referente en etnicidad y salud para las Américas, se ofrecen a los Estados miembros unos lineamientos para fortalecer la cooperación técnica y abordar la etnicidad como un determinante social de la salud desde la perspectiva de los distintos grupos étnicos. Asimismo, esta política, contribuye a que se promuevan medidas para mejorar el acceso a servicios de salud de calidad por parte de los distintos grupos étnicos, a que se fortalezcan las capacidades para disponer de datos suficientes y de calidad sobre las inequidades étnicas en salud y a que se asegure la participación social de los distintos grupos en la elaboración de las políticas de salud y su implementación (tabla 3).

CONCLUSIONES

La política sobre etnicidad y salud, priorizando cinco líneas estratégicas para la cooperación técnica a través de un proceso inclusivo de consulta con representantes de los distintos grupos de la región, promueve un enfoque intercultural que contribuye, entre otros, a eliminar las barreras de acceso a los servicios y mejorar los resultados de salud de los distintos grupos teniendo en cuenta las diferentes cosmovisiones y necesidades. Esta política constituye, además, un importante instrumento en la implementación de la

Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Con la aprobación de este importante referente en etnicidad y salud para las Américas, se ofrecen a los estados miembros unos lineamientos para fortalecer la cooperación técnica y abordar la etnicidad desde la perspectiva de los distintos grupos étnicos para lograr la equidad en salud. Asimismo, esta política, contribuye a que se promuevan medidas para mejorar el acceso a servicios de salud de calidad por parte de los distintos grupos étnicos, a que se fortalezcan las capacidades para disponer de datos suficientes y de calidad sobre las inequidades étnicas y a que se asegure la participación social de los distintos grupos implicados en la elaboración de las políticas de salud y su implementación.

La política sobre etnicidad y salud acarrea, de igual manera, importantes desafíos para los Estados miembros, para la propia OPS/ OMS y para los diferentes grupos étnicos implicados. Los ministerios de salud deben utilizar esta política para enriquecer los planes, programas, proyectos y actividades nacionales que abordan la etnicidad. La OPS/OMS, por su parte, deberá generar herramientas para la cooperación técnica para que los países puedan implementar esta política de forma efectiva. Por último, los distintos grupos étnicos deben hacer uso de esta política sobre etnicidad y salud como una herramienta para garantizar el goce efectivo de sus derechos.

Tabla 3
Principales cambios esperados con la aprobación de la Política sobre Etnicidad y Salud
Promoción de políticas públicas que aborden la etnicidad como un determinante social de la salud desde la perspectiva de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos
Mejora del acceso a servicios de salud de calidad, impulsando modelos de salud interculturales que incluyan, a través del diálogo, las perspectivas de los saberes y prácticas ancestrales y espirituales de los grupos étnicos
Fortalecimiento de la capacidad institucional y comunitaria en los Estados Miembros para disponer de datos suficientes y de calidad y generar evidencia sobre las desigualdades en salud que experimentan los distintos grupos
Refuerzo de las capacidades institucionales y comunitarias para implementar abordajes interculturales en los sistemas y servicios de salud para garantizar el acceso a servicios de calidad
Promoción y efectiva participación social de todos los grupos étnicos, considerando el enfoque de género y la perspectiva del curso de vida, en la elaboración de las políticas de salud y su implementación

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud, Política sobre Etnicidad y Salud, 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana; del 25 al 29 de septiembre de 2017; Washington DC. Washington DC; 2017 (documento CSP29/7, Rev. 1) [consultado el 20 de septiembre de 2017]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13497&Itemid=2105&lang=es# Documentosdiversos](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13497&Itemid=2105&lang=es#Documentosdiversos)
2. Organización de las Naciones Unidas de las Naciones Unidas. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas [Internet]. Sexagésimo primer período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; del 12 de septiembre del 2006 al 17 de septiembre del 2007; Nueva York. Nueva York: ONU; 2007 (documento A/RES/61/295) [consultado el 16 de enero del 2017]. Disponible en: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/61/295&referer=https://www.google.es/&Lang=S
3. Organización Internacional del Trabajo. Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 (núm. 169). 76.ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo; junio de 1989; Ginebra (Suiza). Ginebra (Suiza); OIT; 1989. Disponible en: http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312314
4. Organización de las Naciones Unidas. Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial [Internet]. Vigésimo período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; del 21 de septiembre de 1965 al 22 de diciembre de 1965; Nueva York. Nueva York: ONU; 1965 (resolución A/RES/2106 [XX] A) [consultado el 16 de enero del 2017]. Disponible en: [http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/2106\(XX\)](http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/2106(XX))
5. Organización Panamericana de la Salud, Agenda de Salud para las Américas 2008- 2017 [Internet]. Ciudad de Panamá; 3 de junio del 2007 [consultado el 16 de enero del 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Agenda_de_Salud.pdf
6. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. 53º Consejo Directivo de la OPS, 66.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (documento CD53/5, Rev. 2) [consultado el 16 de enero del 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_document&task=doc_download&gid=27273&Itemid=270&lang=es
7. Organización Panamericana de la Salud, Plan de acción sobre la salud en todas las políticas [Internet]. 53º Consejo Directivo de la OPS, 66.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (documento CD53/10, Rev. 1) [consultado el 16 de enero del 2017]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-10-s.pdf>
8. Organización Panamericana de la Salud, La Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas: Conceptos, Estrategias y Prácticas; 2009, p. 15. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/53-SPI-conceptos-estrategias.PDF.pdf>
9. Coates A, del Pino S. Towards a new political agenda for indigenous women's health in Latin America and the post-2015 era. Gideon J. Handbook on gender and Health, University of London, United Kingdom, Edward Elgar. 2016. P 60-79.

4.2 Artículo 2

Del Pino S, Sánchez-Montoya SB, Guzmán JM, Mújica OJ, Gómez-Salgado J, Ruiz-Frutos C. Health Inequalities amongst People of African Descent in the Americas, 2005–2017: A Systematic Review of the Literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. MDPI AG; 2019 Sep 8;16(18):3302. Available from:

<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16183302>

Journal Citation Report (2019): Impact Factor: 2.849. Public, Environmental & Occupational Health-SSCI: 32/171 (Q1)





Review

Health Inequalities amongst People of African Descent in the Americas, 2005–2017: A Systematic Review of the Literature

Sandra del Pino ¹, Sol Beatriz Sánchez-Montoya ², José Milton Guzmán ³, Oscar J. Mújica ⁴, Juan Gómez-Salgado ^{5,6,*}  and Carlos Ruiz-Frutos ^{5,6} 

¹ Cultural Diversity, Office of Equity, Gender and Cultural Diversity, Pan American Health Organization, PAHO/WHO, Washington, DC 20037, USA

² Independent Consultant, Bogota 235367, Colombia

³ Health and Cultural Diversity, El Chaco Region, Pan American Health Organization, PAHO/WHO, Asuncion 595-21, Paraguay

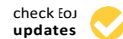
⁴ Social Epidemiology and Health Equity, Department of Evidence and Intelligence for Action in Health, Pan American Health Organization, PAHO/WHO, Washington, DC 20037, USA

⁵ Department of Sociology, Social Work and Public Health, University of Huelva, 21007 Huelva, Spain

⁶ Safety and Health Postgraduate Program, Universidad Espíritu Santo, Guayaquil 091650, Ecuador

* Correspondence: salgado@uhu.es; Tel.: +34-699999168

Received: 5 August 2019; Accepted: 4 September 2019; Published: 8 September 2019



Abstract: Ethnic inequalities are often associated with social determinants of health. This study seeks to identify the latest scientific evidence on inequalities in the health of people of African descent in the Americas. For this, a systematic review of the literature on health and people of African descent in the Americas was carried out in the LILACS, PubMed, MEDLINE, and IBECs databases. Institutional and academic repositories were also consulted. Evidence was obtained on the presence and persistence of health inequalities in the population of African descent in the Americas from the identification of five types of quantitative and qualitative evidence: (1) ethnic/racial concept and variables; (2) relations with other social determinants; (3) health risks; (4) barriers and inequalities in health services; and, (5) morbidity and mortality from chronic diseases. Studies with qualitative methods revealed invisibility, stereotypes, and rejection or exclusion as main factors of inequality. This review evidenced the existence of health inequalities, its interconnection with other adverse social determinants and risk factors, and its generation and perpetuation by discrimination, marginalization, and social disadvantage. These conditions make people of African descent a priority population group for action on equity, as demanded by the 2030 Agenda for Sustainable Development.

Keywords: systematic review; social determinants of health; health inequalities; social inequity; ethnicity; African-American

1. Introduction

International organizations, such as the United Nations, use resolutions to promote a focus on ethnic/racial and intercultural equality [1]. The purpose of this paper is to identify evidence on inequalities in the health of people of African descent, that can support decision making for health policies, strategies, and action plans to help overcome ethnic and racial inequality in the region of the Americas.

The search was based on the definition of “Afro-descendant” used as a reference for the PAHO/WHO regional Policy on Ethnicity and Health [2], adopted in 2017 by the Member States of the Pan American Health Organization: “In Latin America and the Caribbean, this refers to the different

black or Afro-American cultures that emerged from the descendants of Africans who survived the transatlantic human trafficking, or slave trade, that flourished from the 16th to the 19th century". This definition served as the starting point for an exploration of search strategies.

The concepts of ethnicity and race are those considered in the 2017 Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC) report *Situación de las personas afrodescendientes en América Latina y desafíos de políticas para las garantías de sus derechos* [3]. The concepts of race and ethnicity are not synonymous and are, undeniably, social constructs. However, ethnic identity has greater depth and stability than racial identity because it is not based solely on phenotypic characteristics and their meanings, but also relates to a set of collective attributes shared by an ethnic community and from one generation to another [3]. This publication stresses that inequalities based on ethnic and racial attributes are not simply remnants of a colonial past, but rather constitute contemporary mechanisms that reproduce existing frameworks and produce new frameworks through which discriminated people are kept in a position of disadvantage [3]. This study considers the cultural racism approach described by Lee, such as the assumption of the ideology, values, behaviors and norms of the dominant group as the identifying characteristics of society, excluding the non-dominant group [4].

Ethnicity seems to play an important role in prenatal care as identified by Green. It has been associated with unequal perinatal counseling regarding diet, smoking, drinking, medication use, breastfeeding, baby development and early labor [5]. Also, immigrants from southern Africa are more likely to experience higher lifetime child mortality compared to the native-born population [6].

Racial health inequalities have been previously studied in America. A research conducted aiming at comparing racial inequalities in health in the United States and Canada revealed that black-white and Hispanic-white inequalities were relatively larger in the United States, while aboriginal-white inequalities were larger in Canada [7].

The present study, as an exploratory review of the literature, set out to find quantitative and qualitative evidence of health inequalities among people of African descent and other population groups in the Americas. As a secondary objective, it sought to identify publications that could contribute to a better understanding of the mechanisms that generate inequalities in health and living conditions between populations of African descent and those not of African descent [8].

2. Materials and Methods

2.1. Design

This study aims at specifically exploring the public health literature on inequalities amongst people of African descent in the Americas. The search strategy did not include other specialized databases (such as sociology, economics, or anthropology).

The following research question was proposed: What public health evidence exists about health inequalities related to the (historical, social, and cultural) ethnic conditions of people of African descent in the Americas, compared to other population groups?

This question was used to design two search queries, one in Spanish using Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) and one in English using Medical Subject Headings (MeSHs). These queries were supplemented by a search of the institutional repositories of several universities (Antioquia, Nariño, Los Andes, and Rosario in Chile; University ICESI in Colombia; the Autonomous University of Mexico), the Latin American Council of Social Sciences- Comparative Research Programme on Poverty CLACSO-CROP in Latin America and the Caribbean; ECLAC; the Ministries of Health of Colombia, Mexico, Brazil, and the Ministry of Culture of Colombia; and the National Urban League (NUL) (See Table 1).

Table 1. Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) and Medical Subject Headings (MeSHs) descriptors.

Spanish *	English **
"Determinantes Sociales en Salud" AND Afro\$	"Social Determinants of Health" AND "African Continental Ancestry Group"
"Determinantes Sociales en Salud" AND etnicidad	"African Continental Ancestry Group" AND "Health Inequalities"
"Determinantes Sociales en Salud" AND "étnico-racial"	"African Continental Ancestry Group" AND "Social Inequity"
"Determinantes Sociales en Salud" AND "grupos étnicos"	"Systematic review" AND "African Continental Ancestry Group"
"Disparidades Sociales en Salud" AND Afro\$	
"Disparidades Sociales en Salud" AND etnicidad	
"Disparidades Sociales en Salud" AND "étnico-racial"	
"Disparidades Sociales en Salud" AND "grupos étnicos" "Revisión sistemática exploratoria"	

Source: Own work. * The Spanish search query was run in the Virtual Health Library (VHL) and institutional repositories. ** The English search query was run in the WHO Global Information Full Text (GIFT) project.

2.2. Eligibility Criteria

The eligibility criteria for the publications considered for this review were:

Inclusion Criteria

- (1) People of African descent in the Americas as the population of interest.
- (2) Published from 2005 to 2017.
- (3) Written in English, Portuguese, or Spanish.
- (4) For quantitative studies: report or demonstrate the use of methodologies and measurement instruments to establish an association between African descent and social inequalities in health.
- (5) For qualitative studies: use methodologies and assessment instruments to establish an association between African descent and social inequalities in health.
- (6) Contextual framework considers historical, social, and cultural factors that affect the living conditions of people of African descent in the Americas.
- (7) Research approach considers how inequalities and inequities in health are generated among people of African descent in the Americas.
- (8) Address differences in equality, equity in health, or disease (morbidity and mortality) outcomes between people of African descent in the Americas and other population groups.
- (9) Consider factors that generate cumulative effects in terms of ethnic inequalities and inequities among people of African descent in the Americas (e.g., female gender, living in remote rural areas).

The initial search of WHO Global Information Full Text (GIFT), Virtual Health Library (VHL), and the aforementioned institutional repositories retrieved 1418 records. After screening of titles and abstracts and application of the inclusion and exclusion criteria, 427 records remained. These were selected for full-text reading and assessment of eligibility, based on the extent of their contribution to understanding the situation of health inequalities among people of African descent and those not of African descent in the Americas. After this step, 114 articles remained. After a final round of review and consultation with experts on health inequalities and ethnicity, 62 articles were selected (See Figure 1).

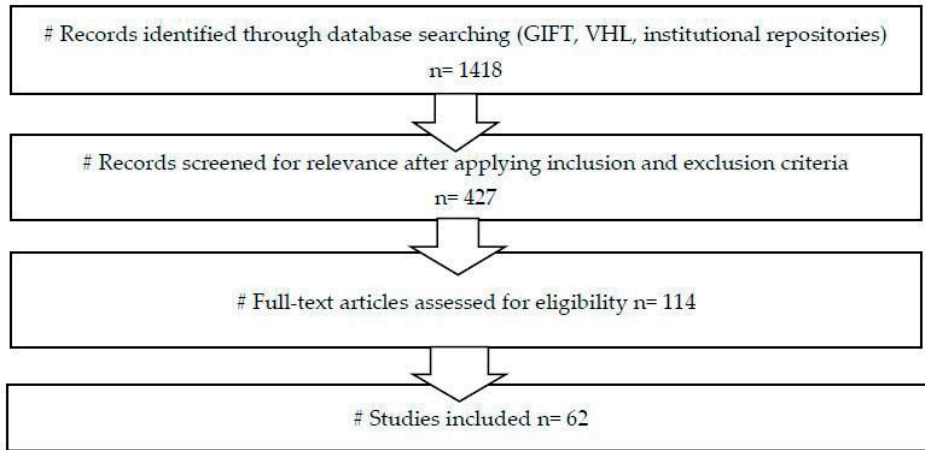


Figure 1. Flow diagram of evidence selection from primary studies.

The theoretical framework of this review was the model developed by Weightman [9] for the evaluation of public health interventions. This model is particularly useful for systematic reviews because it allows the evaluation of non-analytical studies with different designs, as well as expert opinions. The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) statement was followed throughout.

2.3. Operating Concepts

2.3.1. Quantitative Research

Studies that work on sequential, deductive and probative processes; that measure, use statistics, analyze causal relationships, and generate results for purposes of generalization, replication, or prediction [10].

2.3.2. Qualitative Research

Studies that use inductive processes to analyze subjective reality; rather than measuring or using statistics, they work out ideas in depth, address the understanding, interpretation, and meanings of data, and contextualize phenomena. Their results are not generalizable [10].

3. Results

Ultimately, 62 studies conducted between 2005 and 2017 were included in the review. Of the 64 records identified in the LILACS, MEDLINE, PubMed, and IBECs databases through the GIFT/VHL portal, 20 were retrieved from GIFT, 16 from the VHL, 1 from Equity Health, and 25 from institutional repositories. Of the selected publications, 42 were scholarly articles, 18 were documents, and two were presented as educational material for virtual study.

From the 62 selected articles, 32 were carried out using qualitative methods and 30 with quantitative methods (See Table 2).

Table 2. Characteristics of the publications included in the systematic exploratory review on health inequalities and people of African descent.

Ref. Num.	Country, Year of Publication	Title of Document	Type of Publication	Authors	Type of Evidence
[11]	USA, 2008	Social Determinants of Black-White Disparities in Breast Cancer Mortality: A Review	Scholarly article	Gerend, M.A.; Manacy, P.	Quantitative
[12]	USA, 2010	Increased Black-White disparities in mortality after the introduction of lifesaving innovations: a possible consequence of US federal laws	Scholarly article	Levi Pisu M.; et ne, R.S.; Rust, G.S.;	Quantitative
[13]	Mexico,	La inequidad por clase, etnia y género expresada en el desmedro	Scholarly article	González, R.; García, J.J.; Tinoco,	Qualitative
[14]	Chile, 2005	Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas	Document	Fabiana-Del Popolo, M.A.	Qualitative
[15]	Chile, 2009	Afrodescendientes en América Latina y el Caribe: Del reconocimiento estadístico a la realización de derechos	Scholarly article	Anton, J.; Bello, A.; Fabiana-Del Popolo, M.A.; Paixao, M.	Qualitative
[16]	Brazil, 2016	A panorama of health inequalities in	Document	Landmann-Szwarcwald, C.; Macinko, J.	Quantitative
[17]	USA, 2008	Resilience to urban poverty: Theoretical and empirical considerations for population health	Scholarly article	Sanders, A.E.; Lim, S.; Sohn,	
[18]	Colombia, 2015	Desigualdades sociales, ¿Inequidades espaciales? Análisis de la segregación socio-racial en Bogotá (2005-2011)	Scholarly article	Villamizar-Santamaría, S.	Quantitative
[19]	Mexico, 2007	De las "tres razas" al mestizaje: diversidad de las representaciones colectivas acerca de lo "negro" en México (Veracruz y Costa Chica)	Scholarly article	Hoffmann, O.	Qualitative

Table 2. Cont.

	Title of Document	Type of Publication	Authors	Type of Evidence
[29]	Place, Not race: Disparities Dissipate in Southwest Baltimore When Blacks and Whites Live Under Similar Conditions	Scholarly article	Laveist, T.; Pollak, K.; Thorpe,	Quantitative
	Despite Improved Quality of Care in The			
[30]	Veterans Affairs Health System, Racial Disparity Persists for Important Clinical Outcomes	Scholarly article	Trivedi, A.N.; Grebla, R.C.; Wright,	Quantitative
[31]	Temporal trends in the black/white breast cancer case ratio for estrogen receptor status: disparities are historically contingent, not innate	Scholarly article	Krieger, N.; Jarvis T.; Waterman P.D.	Quantitative
[32]	Race differences in the physical and psychological impact of hypertension/labeling	Scholarly	Spruill, T.M.; Gerber, L.M.; Schwartz, J.E.; et al.	Quantitative
[33]	Racial disparities in hematopoietic cell transplantation in the United States	Scholarly	Majhail, N.S.; Nayyar, S.; Santibanez, M.E.B.	Quantitative
[34]	Black women's awareness of breast cancer disparity and perceptions of the causes of disparity	Scholarly article	Karen Kaiser, K.A.; Gina Curry, K.	
	The effect of race, ethnicity, and		Johnson-Lawrence, V.;	
[35]	mood/anxiety disorders on the chronic physical health conditions of men from a national sample	Scholarly article	Griffith, D.M.; Watkins, D.C.	Quantitative
[36]	The role of potential mediators in racial inequalities in tooth loss: the Pró-Saúde study	Scholarly	Celeste, R.K.; Goncalves, L.G.; Faerstein, E.; et al.	Quantitative
[37]	Comparing adult users of public and private dental services in the state of Minas Gerais, Brazil	Scholarly	Pinto, R.D.; de Abreu, M.H.N.G.; Vargas, A.M.D.	Quantitative

Table 2. Cont.

[38]	English-speaking Caribbean, 2015	Disparities in cardiovascular disease among Caribbean populations: a systematic literature review	Scholarly article	Francis, D.K.; Bennett, N.R.; Ferguson, T.S.	Quantitative
[39]	USA, 2015	HIV infection among people who inject drugs in the United States: geographically explained variance across racial and ethnic groups	Scholarly	Linton, S.L.; Cooper, H.L.F.; Kelley, M.E.	Quantitative
[40]	Canada, 2016	The mental health status of ethnocultural minorities in Ontario and their mental health care	Scholarly article	Grace SL. Tan; RA Cribbie	Quantitative
[41]	Latin America,	Análisis de Determinantes Sociales de la desnutrición en Latinoamérica Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación	Scholarly	Jiménez-Benítez; A. Rodríguez-Martin, R.	Qualitative
[42]	Mexico, 2011		Scholarly article	Santos Padrón, H.	Qualitative
[43]	Brazil, 2012	Recorte étnico-racial	Scholarly article	García de Pinto da Cunha, E.E.	Qualitative
[44]	Brazil, 2012	A equidade racial nas políticas de saúde	Scholarly article	Deivison Mendes, F.	Qualitative
[45]	Brazil,	Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra Inequidad en la utilización de servicios	Scholarly article	LBatista, L.E.; Batista Monteiro, Norena-Herrera, C.;	Qualitative
[46]	Colombia, 2015	de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes	Scholarly article	Leyva-Flores, R.; Palacio-Mejía, L.S.; Duarte-Gómez, M.B.	Qualitative
[47]	Brazil, 2016	Educational inequalities in hypertension: complex patterns in intersections with gender and race in Brazil	Document	Fernandes, R.; Santos Alves, E.F.	Qualitative

Table 2. *Cont*

[48]	Colombia, 2009	Derecho a la salud grupos étnicos en Bogotá	Scholarly article	González-Acosta, A.	Qualitative
[49]	Latin America, 2010	Mortalidad infantil en la niñez indígena y afrodescendiente de América Latina: inequidades estructurales, patrones diversos y evidencia de derechos no cumplidos	Document	ECLAC, UNFPA (United Nations Populations Fund), PAHO.	Qualitative
[50]	Colombia, 2015	Ambigüedades en dos décadas de paradigma multiculturalista. Algunos elementos de la historia inmediata de los Afrocolombianos.	Scholarly article	Valencia Angulo, L.E.	Qualitative
[51]	Mexico, 2006	Afrodendientes en México: Reconocimiento y propuestas antidiscriminación	Document	CONAPRED (Consejo Nacional para prevenir la discriminación)	Qualitative
[52]	Nicaragua, 2007	Desigualdades sociodemográficas en Nicaragua: tendencias, relevancia y políticas pertinentes (Acuerdo de Cooperación CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.-UNHFA Oficina de Nicaragua)	Document	Delgadoillo, M.	Qualitative
[53]	USA, 2007	Evolución del concepto etnia/raza y su impacto en la formulación de políticas para la equidad (OPS/OMS)	Self-learning material	Torres-Parodi, C., Bolis,	Qualitative
[54]	Colombia, 2008	Discriminación étnico-racial, desplazamiento y género en los procesos identitarios de la población "negra" en sectores populares de Bogotá	Scholarly article	Meertens, D., Viveros, M., Arango	Qualitative
[55]	Chile, 2008	Visibilidad estadística de la población afrodescendiente de América Latina: aspectos conceptuales y metodológicos	Document	Antón, J.; Del Popolo, F.	Qualitative

Table 2. *Cont.*

	Etnicidad y Salud	Self-learning material	Torres, C.; Burbano, E.	Qualitative
[56]	USA, 2009			
[57]	Chile,	La variable etnia/raza en los estudios de estratificación social	Sepúlveda Sánchez, D.	Qualitative
[58]	Cuba,	Población Cubana ante factores de riesgos para la salud	Alfonso León, A.C.	Qualitative
[59]	USA,	La situación de las personas afrodescendientes en las Américas	OAS (Organization of American States)	Qualitative
[60]	Brazil,	Saúde e comunidades quilombolas: Uma revisão da literatura	Antunes Freitas, D.; Diaz Caballero, A., et al.	
[61]	Peru, 2011	El uso de categorías étnico/raciales en censos y encuestas en el Perú: balance y aportes para una discusión	Valdivia Vargas, N.	Qualitative
[62]	Colombia, 2012	Equidad en la Diferencia: Políticas para la Movilidad Social de Grupos de Identidad Mision de Movilidad Social y Equidad	Cárdenas, J.C.; Ñopo, H.; Castañeda, J.L.	Qualitative
[63]	Brazil,	O recorte étnico-racial nos sistemas de informações em saúde do Brasil	Soares Filho, A.M.	Qualitative
[64]	Brazil, 2012	O movimento negro na construção da política nacional de saúde integral da população negra e sua relação com o estado brasileiro. In: <i>Saúde da População Negra</i>	Assis Brasil, S.; Alves Bomfi,	Qualitative
[65]	Colombia, 2013	Situación alimentaria y nutricional en Colombia desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud	Álvarez Castaño, L.S.; Pérez Isaza, E.J.	Qualitative

Table 2. *Cont.*

Ref. Num.	Country, Year of Publication	Title of Document	Type of Publication	Authors	Type of Evidence
[66]	Colombia, 2014	Plan especial de salvaguarda de los saberes asociados a la partería afro del pacífico	Document	Quiñones Sánchez, L.; López, G.; Valencia, T.; Cuero Valencia, S. Gómez Lozano, B.	Qualitative
[67]	Colombia, 2015	Observatorio para la medición de Desigualdades y Análisis de Equidad en Salud	Document	Colombian Ministry of Health and Social Protection.	Quantitative
[68]	Colombia,	Estudios afrocolombianos en la antropología: tres décadas después	Scholarly article	Restrepo, E.	Qualitative
[69]	USA, 2015	State of Black America	Document	National Urban League (NUL)	Quantitative
[70]	Colombia, 2015	La interculturalidad: ¿principio o fin de la utopía?	Scholarly article	Castillo Guzmán, E.; Guido Guevara, S.P.	Qualitative
[71]	Mexico, 2015	Derechos colectivos y reconocimiento constitucional de las poblaciones afromexicanas	Document	Velázquez, M.E.; Iturralde Nieto, G.; Ramírez Caloca, S.	Qualitative
[72]	Mexico, 2017	Análisis espacial de la desigualdad social	Document	Argüelles Enríquez, E.; Uriel Lomeli,	Quantitative

Of the 62 publications, six (9.67%) were reviews (desk review, state-of-the-art, or literature review); only one was a systematic review (See Table 3).

Table 3. Review articles included.

Ref. Num.	Author	Country Study	Design	Study Contribution
[11]	Gerend, M.A. et al., 2008	USA	Literature review	Ethnic inequalities in cancer.
[20]	Portela Guarín, H. et al., 2013	Colombia	Desk review	The <i>diálogo de saberes</i> technique as a mechanism to understand inequality.
[38]	Francis, D.K. et al., 2015	English-speaking Caribbean	Systematic	Cardiovascular disease stratified by ethnicity.
[42]	Santos Padrón, H. 2011	Mexico	Literature review	Ethnicity/race as a conditioning factor of health inequalities.
[43]	Garcia de Pinto da Cunha, E. 2012	Brazil	State-of-the-art review	Use of ethnicity/race variables in health to improve visibility and data quality.
[61]	Antunes Freitas, D. 2011	Brazil	State-of-the-art review	Black rural communities.

Source: Own work.

Three broad types of quantitative evidence were identified: one regarding inequalities in negative health outcomes; one obtained from data such as censuses and surveys; and one obtained from the use of statistical tools to measure marginalization and segregation (See Table 4).

The most relevant quantitative research identified within the aforementioned typology is presented in Table 5.

Six broad types of qualitative evidence were identified in the present review: historical evidence related to the legal/political recognition, design, implementation, and evaluation of health policies targeting people of African descent in settings of social and institutional discrimination; on the public health consequences of inequalities; on how the concepts of ethnicity and race are used in data collection instruments; on representations, behaviors, and various forms of racism; on the territorial, political, and cultural organization of people of African descent; and on traditional medicine and midwifery. (See Table 6).

The most relevant qualitative research identified within the aforementioned typology is presented in Table 7.

Table 4. Relevant quantitative studies and their contributions to understanding health inequalities among people of African descent in the Americas.

Ref. Num.	Author	Country Study	Design	Level of Evidence	Study Contribution
[13]	González-Guzmán, R. et al., 2010	Mexico	Retrospective cohort study.	Robust	Triple inequality: "Class, ethnicity, and gender".
[14]	Del Popolo, F. (Ed.) 2005	Chile	Descriptive studies (compilation).	Moderate	Statistical information on people of African descent and use of the ethnicity variable in censuses.
[15]	Anton, J. et al., 2009	Chile	Descriptive studies (compilation).	Robust	Statistical visibility of people of African
[16]	Landmann-Szwarcwald, C. et al., 2016	Brazil	Special issue of the <i>International Journal for Equity in Health</i> about inequities in Brazil.	Robust	Nationwide health surveys as a source of data for inequality research.
[17]	Sanders, A.E. et al., 2008	USA	Longitudinal social-epidemiological	Robust	Resilient environments as a protective factor.
[20]	Villamizar-Santamaría, S.F. 2015	Colombia	Estimation of dissimilarity indices and location coefficients for spatial analysis of racial segregation.	Robust	Ethnic/racial inequalities as expressed by spatial segregation rates.
[24]	Baidoo-Boonso, S. et al., 2013	Canada	Mixed-methods study.	Robust	Ethnic inequalities and high-risk behaviors in
[25]	Clark, C. et al., 2009	USA	Prospective cohort study.	Robust	Quality of health care provided to African-American women with
[29]	Laveist, T. et al., 2011	USA	Comparative study of black and white persons exposed to equal living conditions.	Robust	Ethnic inequalities in health under similar socioeconomic conditions.
[30]	Trivedi, A.N. et al., 2011	USA	Evaluation of organizational changes in health services.	Robust	Ethnic inequalities and non-communicable diseases.
[33]	Majhail, N.S. et al., 2012	USA	Review of the association between access to hematopoietic cell transplantation and ethnicity.	Robust	Ethnic inequalities in timely access to hematopoietic cell transplantation.

Table 4. *Cont.*

Ref. Num.	Author	Country Study	Design	Level of Evidence	Study Contribution
[35]	Johnson-Lawrence, V. et al., 2013	US	Covariance study of mood, chronic conditions, and ethnicity.	Robust	Ethnic inequalities, anxiety disorders, and chronic disease.
[36]	Celeste, R.K. et al., 2013	Brazil	Longitudinal cross-sectional study on ethnic inequalities.	Robust	Ethnic inequalities and social determinants of oral health.
[39]	Linton, S.L. et al., 2015	USA	Variance and georeferencing study.	Robust	Ethnic disparities in HIV and injectable drug use.
[40]	Grace, S.L. et al., 2016	Canada	Cross-sectional analytical study on the relationship between access to mental health services and ethnicity.	Robust	Ethnic-cultural differences, psychosocial distress, and access to mental health services.
[67]	Colombian Ministry of Health and Social Protection. 2015	Colombia	Methodological guideline for measurement of inequalities.	Robust	Methodologies for measurement of ethnic inequalities.
[72]	Argüelles Enríquez, E. et al., 2017	Mexico	Estimation of marginalization rates and spatial correlations thereof.	Robust	Marginalization rates, spatial correlation, and people of African descent.

Source: Own work.

Table 5. Quantitative studies included in this review, stratified by type of evidence provided.

Box: Number and Percentage of Quantitative Studies Identified.		
Type of Evidence	n	%
Studies on inequalities as they pertain to risk factors and negative health and/or nutrition outcomes between different ethnic groups.	19	30.64
Nationwide health surveys, studies, or tools designed to collect data with a view to addressing ethnic inequalities in social determinants and/or health systems and services.	9	14.52
Quantitative evidence on georeferencing, spatial autocorrelation, marginalization indices, dissimilarity indices, location coefficients, and measures of segregation.	2	3.22
TOTAL	30	48.38

Source: Own work.

Table 6. Quantitative studies included in this review, stratified by type of evidence provided.

Box: Number and percentage of qualitative studies identified		
Type of Evidence	n	%
Historical evidence of the contrast between advances in political-legal recognition and structural and institutional discrimination, racial inequalities in health, and racism as a socio-historical phenomenon.	10	16.14
Evidence of racial inequalities in the health status of the population as a public health issue.	8	12.90
Evidence on the concepts used in censuses, surveys, and studies to define management of ethnic/racial variables.	7	11.29
Evidence on the ways in which ethnic and ethnic-territorial representations and stereotypes with effects on social behaviors, such as racism and sexist racism, are generated and reproduced.	3	4.84
Qualitative evidence on elements which define people as being of African descent, such as physical characteristics, identity, social and territorial sense of belonging, cultural traditions, historicity, organizational processes, and religious myths.	2	3.22
Evidence on traditional medicine and midwifery among people of African descent.	2	3.22
TOTAL	33	51.61

Source: Own work.

Table 7. Relevant qualitative studies and their contributions to understanding health inequalities among people of African descent in the Americas.

Ref. Num.	Author	Country	Study	Design	Quality of Evidence	Study Contribution
[19]	Hoffmann, O. 2007	Mexico	Qualitative study on racial identities at the local level	Qualitative study on racial identities at the local level	Moderate	Ethnic-racial identities and the concept of "place and effect".
[21]	Lara Millán, G. 2017	Mexico	Characterization of the Afro-Mexican population on the basis of territorial, identity-related, and cultural variables.	Characterization of the Afro-Mexican population on the basis of territorial, identity-related, and cultural variables.	Moderate	Social and community strategies against discrimination.
[22]	Barbary, O. et al., 2008	Colombia	Survey on career paths and ethnicity.	Survey on career paths and ethnicity.	Robust	Social and labor-related ethnic inequalities as they pertain to labor mobility.
[23]	Rojas Pedemonte, N. et al., 2015.	Chile	Qualitative ethnographic study.	Qualitative ethnographic study.	Limited	Migration of Afro-Haitians.
[34]	Kaiser, K. et al., 2013	USA	Survey and focus groups with Black	Survey and focus groups with Black	Robust	Inequalities in cancer mortality among Black women.
[41]	Jiménez-Benítez, A. et al., 2010.	Latin	Analysis of the social and ethnic dimensions of malnutrition.	Analysis of the social and ethnic dimensions of malnutrition.	Limited	Participatory public policies and ethnicity in nutritional health.
[44]	Faustino DM. 2012	Brazil	Analysis of the implementation of public policies for people of African descent.	Analysis of the implementation of public policies for people of African descent.	Robust	Evaluation of public policies pertaining to health and ethnicity.
[45]	Battista, L.E., et al., 2013.	Brazil	Analysis of the implementation of public policies for people of African descent.	Analysis of the implementation of public policies for people of African descent.	Moderate	Implementation of health-related public policies and the Black population.
[46]	Flores Dávila, J.I. 2006	Mexico	Qualitative mixed-methods study.	Qualitative mixed-methods study.	Robust	Afro-descendant territories and communities.
[48]	González-Acosta, A. 2009	Colombia	Analysis of public policies in ethnicity and health.	Analysis of public policies in ethnicity and health.	Robust	Public policies, human rights, and ethnic groups.

Table 7. *Cont.*

Ref. Num.	Author	Country Study	Design	Quality of Evidence	Study Contribution
[53]	Torres-Parodi, C. et al., 2007	US	Periodization of international instruments.	Limited	International instruments against racism, discrimination and inequality.
[56]	Torres-Parodi, C. et al., 2009	USA	Analysis of ideologies and social representations about racism.	Limited	African-Americans as historical and collective subjects.
[58]	Alfonso León, A.C. 2010	Cuba	Qualitative study on risk factors and skin color.	Moderate	Risk factors in health and cultural behaviors.
[59]	OAS, 2011	USA	Questionnaire sent to Member States and civil society organizations.	Moderate	Social, economic, and cultural rights of people of African descent.
[62]	Cárdenas, J.C. 2012	Colombia	Census review to identify the statistical visibility of the Afro-Colombian population.	Robust	Statistical invisibility in health and <small>African descent</small>
[63]	Martins Soares Filho, A. 2012	Brazil	Risk and protective factors for chronic non-communicable diseases.	Moderate	Availability of racial data and ethnic/racial inequalities.
[64]	Assis Brasil Alves Bomfi, L. 2012	Brazil	Desk review.	Moderate	Public health policies for the Black
[66]	Quiñones Sánchez, L. et al., 2014	Colombia	Interviews with focus groups and traditional midwives.	Limited	Traditional medicine and midwifery in Afro-descendant communities.

Source: Own work.

4. Discussion

The findings of this review show how complex this topic is. In terms of time, there is a tendency to make the health inequality situation for people of African descent more visible as well as based on a more scientific quantitative evidence. Regarding the subjects addressed, there is also a tendency to highlight epidemiological and clinical studies, particularly on non-communicable diseases and external causes. Notwithstanding this tendency, the focus seems to have shifted towards analyzing the problem from a social sciences perspective to provide a greater explanatory capacity. Our findings also pinpoint the challenge of conducting studies with mixed methods that will allow a better understanding of the mechanisms that generate, transmit, and perpetuate health inequalities.

The results of this review contribute to the construction of an evidence-based framework to support decision making about health policies, programs, plans, and technical protocols with the aim of eliminating or reducing health inequalities in people of African descent, in a manner consistent with the Sustainable Development Goals (SDGs) pledge of “leaving no one behind” [8].

Quantitative research has fundamentally focused on the social determinants of health, risk factors, and negative or positive health outcomes. Some authors have stressed the need for more research into the mechanisms whereby poverty, social injustice, and ethnic and cultural factors act as barriers to contribute to the generation and perpetuation of inequalities, especially as they pertain to negative outcomes [11]. These mechanisms may include discriminatory forms of access to high-quality health services [12]. Some authors have mentioned the need to address ethnicity in an intersectional manner with other variables, such as social class and gender [13].

Some authors have focused on addressing ethnic disparities for access and use of health services in different situations and in different outcomes. These studies show how people of African descent are at a disadvantage to access prevention services, care, hospitalizations, use of innovative therapies or high technology in health (See Table 8).

Several studies also recognized the importance of improving the quality of data, particularly by including ethnicity/race as a variable in censuses, surveys, and continuous records [14–16]. Others have proposed the application of quantitative methods to conduct georeferencing of racial segregation and discrimination [17,18].

Qualitative research, in turn, allows us to move forward with some reflections and begin other, necessary discussions. Advances include the availability of international instruments, which can be administered differently in different geographical areas and recognize people of African descent as subjects collectively deserving of the same social, economic, and cultural rights. This allows progress in the understanding and application of instruments to eliminate racism and discrimination.

Qualitative studies also provide a better understanding of the positive impact of taking a cultural approach to the organization of territories and communities of African descent, based on their ethnic and racial identities. To do so, some authors have proposed the concept of “place and effect” [19]. Other studies addressed territorial approaches to the practice of traditional medicine and midwifery in Afro-descendant communities [20]. Similar settings produced evidence on social and community strategies to fight discrimination [21].

Some papers analyzed social and occupational conditions as determinants of health, assigning particular importance to ethnic inequalities in labor mobility [22] and the migration of Haitians [23].

Table 8. Studies that address ethnic disparities on access and use of health services.

Ref. Num.	Autor	Country	Study Design	Study Contribution
[11]	Gerend, M.A. et al., 2008.	USA	Literature review.	Need to address cultural barriers and people of African descent.
[12]	Levine, R.S. et al., 2010.	USA	Descriptive study.	People of African descent accessing to innovative therapies for HIV treatment.
[16]	Landmann-Szwarcwald, C. et al., 2016.	Brasil	Evaluation of Health policies and programs.	Equity in Access to health services.
[25]	Clark, C. et al., 2009.	USA	Prospective cohort.	Access to continuous care for timely follow-up of Afro women diagnosed with breast cancer.
[30]	Trivedi, A.N. et al., 2011	USA	Evaluative study of health services.	Effects of the transformation of health services for war veterans among people of African descent and the rest.
[33]	Majhail, N.S. et al., 2012	USA	Literature review	Access to hematopoietic cell transplantation by people of African descent.
[34]	Kaiser, K. et al., 2013.	USA	Quantitative study on perceptions.	Access to cancer prevention and control services by women of African descent.
[37]	Pinto, R.D. et al., 2014	BRA	Cross-sectional.	Type of oral health services used by people of African descent.
[38]	Francis, D.K. et al., 2015.	English Caribbean	Systematic literature review.	Ethnic disparities in the use of health services and hospital admission.
[40]	Grace, S.L.; et. Al. 2016.	Canada	Service evaluation study.	Ethnic disparities in the use of mental health services.
[42]	Santos Padrón, H. 2011	Mexico	Documentary review.	Ethnic disparities in health services.
[46]	Noreña-Herrera, C. et al., 2015.	Colombia	Regression study.	Use of reproductive health services in indigenous and afro-descendant women.

The Brazilian scientific community has made significant contributions regarding health policies for the Black population, generating elements to further current understanding of how to design, implement, develop indicators for, monitor, and evaluate such policies from an ethnic perspective.

There is a particular need for expanded use of mixed methods, which combine quantitative research to identify the dimension and severity of inequalities and qualitative approaches to understand why and through which mechanisms these inequalities occur. An example of such an approach is provided by a study on ethnic inequalities and high-risk behaviors in HIV [24].

There is a need to address the challenge of adopting an intercultural approach within the context of the social determinants of health. By considering the gender and ethnic inequalities that interact with one another, the differences in access to health throughout the life course, as well as the promotion and respect of individual rights and, in the case of indigenous peoples, collective rights [73], this particular need can be covered.

Our study has certain limitations. The most relevant one, perhaps, is the scope of the search strategy being restricted to the public health area. However, the results of our exploratory review point to the need to expand this search to broader social sciences areas such as sociology, economics, anthropology, and the like. Finally, we identified an unmet need for a research protocol to support systematic reviews of health issues—such as the present one—which do not conform to the requirements traditionally used for systematic reviews of mostly clinical topics.

5. Conclusions

To conclude, this review evidenced the existence of health inequalities associated to the ethnic-racial status of the Afro-descendant populations in the Americas. The findings of this review show the complexity of this topic and highlight the importance of the social sciences perspective to gain greater explanatory capacity. The interconnection between ethnic-related health inequalities with other adverse social determinants (e.g., territorial spatial segregation, poor living conditions, social and institutional exclusion, poverty, migration) and risk factors (e.g., informal mining, exposure to chemicals and urban pollutants, poor basic sanitation) generate intersectional inequalities that perpetuate discrimination, marginalization, and social disadvantages. These conditions make people of African descent a priority population group for action on equity, as demanded by the 2030 Agenda for Sustainable Development.

Author Contributions: Conceptualization, S.d.P., J.M.G. and O.J.M.; Data curation, S.d.P., S.B.S.-M., J.M.G. and O.J.M.; Formal analysis, S.d.P., S.B.S.-M., J.M.G. and O.J.M.; Investigation, S.B.S.-M., J.M.G., J.G.-S. and C.R.-F.; Methodology, S.d.P., J.M.G., O.J.M., J.G.-S. and C.R.-F.; Project administration, S.d.P.; Resources, S.B.S.-M., J.M.G., J.G.-S. and C.R.-F.; Supervision, O.J.M.; Validation, C.R.-F.; Visualization, S.B.S.-M. and J.G.-S.; Writing—original draft, S.d.P., J.M.G. and O.J.M.; Writing—review and editing, J.M.G., O.J.M., J.G.-S. and C.R.-F.

Funding: This research received no external funding.

Acknowledgments: The opinions expressed in this manuscript are the responsibility of the authors and do not necessarily reflect the criteria or policy of PAHO/WHO.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. Rangel, M. Políticas públicas para afrodescendiente: Marco institucional en Brasil, Colombia, Ecuador y Perú. In *Serie Políticas Sociales 220*; CEPAL: Santiago, Chile, 2016; p. 17.
2. OPS/WHO. Política sobre Etnicidad y Salud. 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana. CSP29/7, Rev. 1. 2017. Available online: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=mandatos-estrategias-ops-oms-6634&alias=47097-politica-sobre-etnicidad-y-salud&Itemid=270&lang=es (accessed on 4 August 2019).
3. CEPAL/UNFPA/OPS. Situación de Las Personas Afrodescendientes en América Latina y Desafíos de Políticas Para la Garantía de sus Derechos. Available online: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42654/1/S1701063_es.pdf (accessed on 4 August 2019).

4. Lee, H.; Hicken, M.T. Racism and the Health of White Americans. *Am. J. Bioeth.* **2018**, *18*, 21–23. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
5. Green, T.L.; Bodas, M.V.; Jones, H.A.; Masho, S.W.; Hagiwara, N. Disparities in Self-Reported Prenatal Counseling: Does Immigrant Status Matter? *J. Community Health* **2018**, *43*, 864–873. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
6. Green, T.L.; Peters, A.C. Region of Birth and Child Mortality among Black Migrants to South Africa: Is there a foreign-born advantage? *Migr. Lett.* **2016**, *13*, 359–376. [[CrossRef](#)]
7. Ramraj, C.; Shahidi, F.V.; Darity, W., Jr.; Kawachi, I.; Zuberi, D.; Siddiqi, A. Equally inequitable? A cross-national comparative study of racial health inequalities in the United States and Canada. *Soc. Sci. Med.* **2016**, *161*, 19–26. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
8. United Nations. Leaving No One Behind. 2018. Available online: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/2754713_July_PM_2_Leaving_no_one_behind_Summary_from_UN_Committee_for_Development_Policy.pdf (accessed on 4 August 2019).
9. Weightman, A.L.; Ellis, S.; Cullum, A.; Sander, L.; Turley, R.L. (Eds.) *Grading Evidence and Recommendations for Public Health Interventions: Developing and Piloting a Framework*; Project Report; Health Development Agency: London, UK, 2005.
10. Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. *Metodología de la Investigación*; México, D.F., Ed.; McGraw-Hill: New York, NY, USA, 2006.
11. Gerend, M.A.; Pai, M. Social Determinants of Black-White Disparities in Breast Cancer Mortality: A Review. *Cancer Epidemiol. Biomark. Prev.* **2008**, *17*, 2913–2923. [[CrossRef](#)]
12. Levine, R.S.; Rust, G.S.; Pisu, M.; Agbot, V.; Baltrus, P.A.; Briggs, N.C.; Zoorob, R.; Juarez, P.; Hull, P.C.; Goldzweig, I.; et al. Increased Black-White Disparities in Mortality After the Introduction of Lifesaving Innovations: A Possible Consequence of US Federal Laws. *Am. J. Public Health* **2010**, *100*, 2176–2184. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
13. González-Guzmán, R.; García-García, J.J.; Tinoco-Marquina, A. La inequidad por clase, etnia y género expresada en el desmedro. In *Revista Gerencia y Política en Salud*; Universidad Javeriana: Bogotá, Colombia, 2010.
14. Del Popolo, F.; Ávila, M. *Pueblos Indígenas y Afrodescendientes de América Latina y el Caribe: Información Sociodemográfica Para Políticas y Programas*; Repositorio CEPAL: Santiago, Chile, 2005.
15. Antón, J.; Bello, A.; Del Popolo, F.; Paixao, M. *Afrodescendientes en América Latina y el Caribe: Del Reconocimiento Estadístico a la Realización de Derechos*; Repositorio CEPAL: Santiago, Chile, 2009.
16. Landmann-Szwarcwald, C.; Macinko, J. A panorama of health inequalities in Brazil. *Int. J. Equity Health* **2016**, *15*, 174. [[CrossRef](#)]
17. Sanders, A.E.; Lim, S.; Sohn, W. Resilience to urban poverty: Theoretical and empirical considerations for population health. *Am. J. Public Health* **2008**, *98*, 1101–1106. [[CrossRef](#)]
18. Villamizar Santamaría, S.F. Desigualdades sociales, “inequidades espaciales” Análisis de la segregación sociorracial en Bogotá (2005–2011). *Rev. Colomb. Sociol.* **2015**, *38*, 67–92. [[CrossRef](#)]
19. Hoffmann, O. De las “tres razas” al mestizaje: Diversidad de las representaciones colectivas acerca de “lo negro” en México (Veracruz y Costa Chica). *Archive Ouverte en Sciences de l’Homme et de la Société*. **2007**, *42*, pp. 98–109. Available online: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00463296> (accessed on 8 September 2019).
20. Portela Guarín, H.; Astaiza Bravo, N.X.; Guerrero Pepinosa, N.Y.; Rodríguez Guarín, S. Rescatar la medicina tradicional en la salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas a través del diálogo intercultural. *Rev. Univ. Salud* **2013**, *15*, 225–238.
21. Lara Millán, G. Construcción del sujeto de derecho Afrodescendiente en México: Reflexiones desde el pacífico sur mexicano. *Diálogo Andino* **2017**, *52*, 57–76. [[CrossRef](#)]
22. Barbary, O.; Estacio Moreno, A. Desigualdad socio racial frente a la movilidad laboral en Cali. Algunos resultados del análisis de biografías socio profesionales. In *Pobreza, exclusión social y discriminación étnico racial en América Latina y el Caribe, Biblioteca Universitaria Ciencias Sociales y Humanidades, Colección CLACSO-CROP; Siglo del Hombre, CLACSO*: Bogotá, Colombia, 2008.
23. Pedemonte, N.R.; Amode, N.; Rencoret, J.V. Racismo y matrices de “inclusión” de la migración haitiana en Chile: Elementos conceptuales y contextuales para la discusión. *Polis* **2015**, *14*, 217–245. [[CrossRef](#)]
24. Baidoo-Boonso, S.; Bauer, G.R.; Speechley, K.N. HIV risk perception and distribution of HIV risk among African, Caribbean and other black people in a Canadian. *BMC Public Health* **2013**, *13*, 184. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

25. Clark, C.R.; Baril, N.; Kunicki, M.C. Addressing social determinants of health to improve access to early breast cancer detection: Results of the Boston REACH 2010. Breast and Cervical Cancer Coalition Women's Health Demonstration Project. *J. Women's Health* **2009**, *18*, 677–690. [CrossRef] [PubMed]
26. Shelton, R.C.; Winkel, G.; Davis, S.N.; Roberts, N.; Valdimarsdottir, H.; Hall, S.J.; Thompson, H.S. Validation of the Group-Based Medical Mistrust Scale Among Urban Black Men. *J. Gen. Intern. Med.* **2010**, *25*, 549–555. [CrossRef] [PubMed]
27. Panapasa, S.V.; Mau, M.K.; Williams, D.R.; McNally, J.W. Mortality Patterns of Native Hawaiians Across Their Lifespan: 1990–2000. *Am. J. Public Health* **2010**, *100*, 2304–2310. [CrossRef] [PubMed]
28. Lieb, S.; Prejean, J.; Thompson, D.R.; Fallon, S.J.; Cooper, H.; Gates, G.J.; Liberty, T.M.; Friedman, S.R.; Malow, R.M. HIV prevalence rates among men who have sex with men in the southern United States: Population-based estimates by race/ethnicity. *AIDS Behav.* **2011**, *15*, 596–606. [CrossRef]
29. LaVeist, T.; Pollack, K.; Thorpe, R.; Fesahazion, R.; Gaskin, D. Place, Not Race: Disparities Dissipate In Southwest Baltimore When Blacks And Whites Live Under Similar Conditions. *Health Aff.* **2011**, *30*, 1880–1887. [CrossRef]
30. Trivedi, A.N.; Grebla, R.C.; Wright, S.M.; Washington, D.L. Despite Improved Quality of Care In The Veterans Affairs Health System, Racial Disparity Persists For Important Clinical Outcomes. *Health Aff.* **2011**, *30*, 707–715. [CrossRef]
31. Krieger, N.; Chen, J.T.; Waterman Pamela, D. Temporal trends in the black/white breast cancer case ratio for estrogen receptor status: Disparities are historically. *Cancer Causes Control* **2011**, *22*, 511–514. [CrossRef]
32. Spruill, T.M.; Gerber, L.M.; Schwartz, J.E.; Pickering, T.G.; Ogedegbe, G. Race Differences in the Physical and Psychological Impact of Hypertension Labeling. *Am. J. Hypertens.* **2012**, *25*, 458–463. [CrossRef] [PubMed]
33. Majhail, N.S.; Nayyar, S.; Santibanez, M.B.; Murphy, E.A.; Denzen, E.M. Racial disparities in hematopoietic cell transplantation in the United States. *Bone Marrow Transp.* **2012**, *47*, 1385. [CrossRef] [PubMed]
34. Kaiser, K.; Cameron, K.A.; Curry, G.; Stolley, M. Black Women's Awareness of Breast Cancer Disparity and Perceptions of the Causes of Disparity. *J. Community Health* **2013**, *38*, 766–772. [CrossRef] [PubMed]
35. Johnson-Lawrence, V.; Griffith, D.M.; Watkins, D.C. The Effects of Race, Ethnicity, and Mood/Anxiety Disorders on the Chronic Physical Health Conditions of Men from a National Sample. *Am. J. Men. Health* **2013**, *7*, 58S–67S. [CrossRef] [PubMed]
36. Celeste, R.K.; Gonçalves, L.G.; Faerstein, E.; Bastos, J.L. The role of potential mediators in racial inequalities in tooth loss: The Pró-Saúde study. *Community Dent. Oral Epidemiol.* **2013**, *41*, 509–516. [CrossRef] [PubMed]
37. Pinto, R.D.; de Abreu, M.H.N.G.; Vargas, A.M.D. Comparing adult's users public and private dental services in the state of Mina Gerais, Brazil. *BMC Oral Health* **2014**, *14*, 100. [CrossRef]
38. Francis, D.K.; Bennett, N.R.; Ferguson, T.S.; Hennis, A.J.; Wilks, R.J.; Harris, E.N.; MacLeish, M.M.; Sullivan, L.W. Disparities in cardiovascular disease among Caribbean populations: A systematic literature review. *BMC Public Health* **2015**, *15*, 828. [CrossRef] [PubMed]
39. Linton, S.L.; Cooper, H.L.F.; Kelley, M.E.; Karnes, C.C.; Ross, Z.; Wolfe, M.E.; Jarlais, D.D.; Semaan, S.; Tempalski, B.; DiNenno, E.; et al. HIV Infection Among People Who Inject Drugs in the United States: Geographically Explained Variance Across Racial and Ethnic Groups. *Am. J. Public Health* **2015**, *105*, 2457–2465. [CrossRef]
40. Grace, S.L.; Tan, Y.; Cribbie, R.A.; Nguyen, H.; Ritvo, P.; Irvine, J. The mental health status of ethnocultural minorities in Ontario and their mental health care. *BMC Psychiatry* **2016**, *16*, 47. [CrossRef]
41. Jiménez-Benítez, A.; Rodríguez-Martín, R.; Rodríguez, R. Análisis de Determinantes Sociales de la desnutrición en Latinoamérica. *Nutr. Hosp.* **2010**, *25*, 18–25.
42. Santos Padrón, H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Rev. Cuba. Salud Pública* **2011**. Available online: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200007 (accessed on 8 September 2019).
43. García de Pinto da Cunha, E.M. Recorte étnico-racial, en el libro Saúde da População Negra. In *Coleção Negras e Negros: Pesquisas e Debates*; ABPN, Associação Brasileira de Pesquisadores Negros: Brasília, Brasil, 2012.
44. Faustino, D.M. A equidade racial nas políticas de saúde. In *Publicacoes Saúde População Negra*; ABPN, Associação Brasileira de Pesquisadores Negros: Brasília, Brasil, 2012. Available online: http://bvsm.sau.de.gov.br/bvsm/publicacoes/sau.de_populacao_negra.pdf (accessed on 8 September 2019).
45. Batista, L.E.; Monteiro, R.B.; Medeiros, R.A. Iniquidades raciais e saúde: O ciclo da política de saúde da população negra. *Saúde Debate* **2013**, *37*, 681–690. [CrossRef]

46. Noreña-Herrera, C.; Leyva-Flores, R.; Palacio-Mejía, L.S.; Duarte-Gómez, M.B. Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. *Cadernos de Saúde Pública* **2015**, *31*, 2635–2648. [CrossRef] [PubMed]
47. Alves, R.F.S.; Faerstein, E. Educational inequalities in hypertension: Complex patterns in intersections with gender and race in Brazil. *Int. J. Equity Health* **2016**, *15*, 146. [CrossRef] [PubMed]
48. González-Acosta, A. Derecho a la salud grupos étnicos en Bogotá. La definición del problema y la construcción de la agenda “Bogotá sin indiferencia un compromiso social contra la pobreza y la exclusión” 2004–2007. *Vniversitas* **2009**, *58*, 189–216.
49. ECLAC, UNFPA, PAHO. *Mortalidad Infantil y en la Niñez de Pueblos Indígenas y Afrodescendientes de América Latina: Inequidades Estructurales, Patrones Diversos y Evidencia de Derechos no Cumplidos*; Repositorio CEPAL: Santiago, Chile, 2010.
50. Valencia Angulo, L.E. Ambigüedades en dos Décadas de Paradigma Multiculturalista. In *Algunos Elementos de la Historia Inmediata de los Afrocolombianos*; Repositorio Universidad ICESI: Cali, CO, USA, 2015.
51. CONAPRED. Afrodescendientes en MÉXICO: Reconocimiento y propuestas antidiscriminación. Dirección General Adjunta de Estudios, Legislación y Políticas Públicas, Documento de Trabajo E192006. 2006. Available online: https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=documento&id=24&id_opcion=148&op=148 (accessed on 8 September 2019).
52. Delgadillo, M. *Desigualdades sociodemográficas en Nicaragua: Tendencias, relevancia y políticas pertinentes (Acuerdo de Cooperación CEPAL-UNFPA Oficina de Nicaragua)*; Repositorio CEPAL: Santiago, Chile, 2007.
53. Torres-Parodi, C.; Bolis, M. Evolución del concepto etnia/raza y su impacto en la formulación de políticas para la equidad. *Rev. Panam. Salud Pública* **2007**, *22*, 405–416. [CrossRef] [PubMed]
54. Meertens, D.; Viveros, M.; Arango, L.G. *Discriminación Étnico-Racial, Desplazamiento y Género en Los Procesos Identitarios de la Población “Negra” en Sectores Populares de Bogotá*; Biblioteca Universitaria Ciencias Sociales y Humanidades, Colección CLACSO-CROP: Bogotá, Colombia, 2008.
55. Antón, J.; Del Popolo, F. *Visibilidad Estadística de la Población Afrodescendiente de América Latina: Aspectos Conceptuales y Metodológicos*; Repositorio CEPAL: Santiago, Chile, 2008.
56. Torres-Parodi, C.; Burbano, E. Etnicidad y Salud. In *Oficina Género Etnicidad y Salud ADIGE (OPS/OMS)*; OPS/OMS: Washington, DC, USA, 2009.
57. Sepúlveda Sánchez, D. *La variable Etnia/Raza en Los Estudios de Estratificación Social (Proyecto de Desigualdades Tendencia y Procesos Emergentes en la Estratificación social)*; Repositorio Universidad de Chile: Santiago de Chile, Chile, 2010.
58. Alfonso León, A.C. Población Cubana ante Factores de Riesgos Para la Salud. In *Cuadernos de Estudio Población y Desarrollo 2010*; Oficina Nacional de estadística República de Cuba – ONC: Ciudad de La Habana, Cuba, 2010.
59. OAS. La situación de las personas Afrodescendientes en las Américas. In *Documentos Oficiales Comisión de Interamericana de Derechos Humanos de la OEA*; OAS: Washington, DC, USA, 2011.
60. Freitas, D.A.; Caballero, A.D.; Marques, A.S.; Hernández, C.I.V.; Antunes, S.L.N.O. Saúde e comunidades quilombolas: Uma revisão da literatura. *Rev. CEFAC* **2011**, *13*, 937–943. [CrossRef]
61. Valdivia Vargas, N. El uso de categorías étnico/raciales en censos y encuestas en el Perú: Balance y aportes para una discusión. In *Documentos De Investigación Pobreza Y Equidad: Repositorio Grupo de Análisis para el Desarrollo de las Desigualdades Étnicas en el Perú*; GRADE: Lima, Perú, 2011.
62. Cárdenas, J.C.; Ñopo, H.; Castañeda, J.L. Equidad en la Diferencia: Políticas para la Movilidad Social de Grupos de Identidad Misión de Movilidad Social y Equidad. In *Documentos CEDE*; Universidad de los Andes: Bogotá, Colombia, 2012.
63. Martins Soares Filho, A. O recorte étnico-racial nos sistemas de informações em saúde do Brasil. In *Saúde da População Negra*; Associação Brasileira de Pesquisadores Negros: Ciudad de Brasília, Brasil.
64. Assis Brasil, S.; Alves Bomfi, L. O movimento negro na construção da política nacional de saúde integral da população negra e sua relação com o estado brasileiro. In *Saúde da População Negra*; Associação Brasileira de Pesquisadores Negros: Brasília, Brasil, 2012.
65. Álvarez Castaño, L.S.; Pérez Isaza, E.J. Situación alimentaria y nutricional en Colombia desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud. In *Publicación Reflexiones*; Universidad de Antioquia: Medellín, CO, USA, 2013.

66. Quiñones Sánchez, L.; López, G.; Valencia, T.; Cuero Valencia, S.; Gómez Lozano, B.C. Plan especial de salvaguardia de los saberes asociados a la partería Afro del pacífico. In *Ministerio de Cultura, Colombia – Dirección de Patrimonio – Grupo de Patrimonio Cultural Inmaterial*; Ministerio de Cultura: Bogotá, CO, USA, 2014.
67. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. *Observatorio para Medición de Desigualdades y Análisis de Equidad en Salud. Repositorio Institucional*; Ministerio de Salud y Protección Social: Bogotá, Colombia, 2015.
68. Restrepo, E. *Estudios Afrocolombianos en la Antropología: Tres Décadas Después*; Repositorio Universidad del Rosario: Bogotá, CO, USA, 2015.
69. National Urban League. *El Estado de la América Negra*; Repositorio National Urban League (NUL): Nueva York, Estados Unidos, 2015.
70. Castillo Guzmán, E.; Guido Guevara, S.P. La interculturalidad: “principio o fin de la utopía” (Artículo de reflexión derivado de investigación). *Rev. Colomb. Educ.* **2015**, *69*, 17–44. [[CrossRef](#)]
71. Velázquez, M.E.; Iturralde Nieto, G.; Ramírez Caloca, S. Derechos colectivos y reconocimiento constitucional de las poblaciones afro mexicanas. In *Colección Legislar Sin Discriminación*; Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación: Secretaria de Gobernación, Mexico, 2015.
72. Argüelles Enríquez, E.; Lomelí Carrillo, U. *Análisis Espacial de la Desigualdad Social*; Repositorio Institucional Universidad Nacional Autónoma de México: Ciudad de México, Mexico, 2016.
73. del Pino, S.; Coates, A.R.; Milton-Guzman, J.; Gómez-Salgado, J.; Ruiz-Frutos, C. Política sobre etnicidad y salud: Construyendo soluciones equitativas frente a las desigualdades étnicas. *Rev. Esp. Salud Pública* **2018**, *92*, e1–e7.



© 2019 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

4.2. Artículo 3

Del Pino S, Gómez-Salgado J, Domínguez-Gómez JA, Ruiz-Frutos C. People of African Descent of the Americas, Racial Discrimination, and Quality of the Health Services. *Sustainability*. MDPI AG; 2020 Aug 26;12(17):6930. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/su12176930>

Journal Citation Report (2019): Impact Factor: 2.576. Environmental Studies-SSCI: 53/123 (Q2) y Environmental Studies-SCIE: 120/265 (Q2)



Article

People of African Descent of the Americas, Racial Discrimination, and Quality of the Health Services

Sandra del Pino ¹, Juan Gómez-Salgado ^{2,3,*}, José Andrés Domínguez-Gómez ^{2,*} and Carlos Ruiz-Frutos ^{2,3}

¹ Office of Equity, Gender and Cultural Diversity, Pan American Health Organization, PAHO/WHO, Washington, DC 20037, USA; delpinos@paho.org

² Department of Sociology, Social Work and Public Health, University of Huelva, 21007 Huelva, Spain; frutos@uhu.es

³ Safety and Health Postgraduate Program, Universidad Espíritu Santo, Guayaquil 091650, Ecuador

* Correspondence: jgsalgad@gmail.com (J.G.-S.); andres@uhu.es (J.A.D.-G.); Tel.: +34-959219700 (J.G.-S. & J.A.D.-G.)

Received: 24 July 2020; Accepted: 23 August 2020; Published: 26 August 2020



Abstract: The WHO urges countries to consider the link between racial discrimination and health and, in particular, the need for further research to study the links between health outcomes and racism, racial discrimination, xenophobia, and related intolerance. This article is carried out within the framework of approximation work towards health-related ethnic inequalities among the population of African descent of the Americas. A qualitative methodology was used to conduct 20 in-depth interviews with a group of key informants composed of leaders of African descent, officials from the ministries of health, international health agencies, and international technicians specialised in African descent health and interculturality from six different countries. The extracted data were categorised and encoded, generating quotations and concept maps with Atlas.ti v.8.2. The concurrency coefficients made it possible to link the codes of each subcategory with the central analytical category. The racial discrimination experienced by people of African descent and the quality of health services received poses a problem. Discrimination is faced in all countries, affecting access to services and the quality of health care, and greater discrimination against women is also detected. This shows the need for an activist policy and for the inclusion of specific variables in surveys, censuses, and records in order that they may be researched. Claims are made about the complementary role that traditional medicine may play and the fact that the intercultural approach may be a useful strategy for addressing inequalities. The interviewees agree with the reference theory on the existence of racial discrimination and segregation regarding the African descent population of the Americas and how this translates into ethnic inequities in the field of health. Proposals have been put forward both on how to deepen research and how to contribute to the reduction of ethnic inequalities in health issues.

Keywords: public policy; universal access to health; universal health coverage; accessibility to health services; quality of health services; racism; ethnic inequality

1. Introduction

Efforts to eliminate health inequalities are a matter of global importance [1]. The 2030 Agenda for Sustainable Development, established at the request of the United Nations, proposes global and regional commitments to reduce these inequalities [2,3].

It has been revealed that health inequalities exist between the population of African descent of the Americas and other population groups [4], with scientific evidence of these differences shown in conceptualisation, methodologies, and research tools, and ways of analysing or intervening [5].

The World Health Organization (WHO), in the document for the World Conference against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance, held in 2001, urges the link between racial discrimination and health, noting the need for further research to study the connections between health outcomes and racism, racial discrimination, xenophobia, and forms of intolerance [6]. In addition, the Pan American Health Organization (PAHO/WHO) has raised racial discrimination as a social factor in the establishment of health differentials among individuals. Discrimination at the health level operates in different forms: difficulties in accessing services, low quality of available services, lack of adequate information in decision-making, or through indirect mechanisms such as lifestyles, place of residence, type of occupation, income level, or individual status [7].

Subsequently, PAHO/WHO's 29th Pan American Health Conference called for the study of presumptive discrimination against minorities with regard to access to health services, highlighting that the population of African descent of the Americas often has more unfavourable health outcomes than the rest of the population [8]. The region of the Americas thus becomes the first to respond to the need to adopt an intercultural approach in the context of social determinants of health with the adoption of the first policy on ethnicity and health by all its Member States in 2017 [4].

Prior to this study, a systematic literature review was conducted to identify health inequalities amongst people of African descent in the Americas, which has guided the design and analysis of this work [5]. The systematic review allowed us to support our claim for the need to work on the concepts of racism and racial discrimination as central categories of analysis with evidence, and provided evidence for our work on the concepts of racial ethnic identity, Afro-descendant culture, traditional medicine, social determinants, racial segregation, community health, intercultural health, availability, accessibility, acceptability, morbidity, and mortality. These variables would be addressed from the differentiated roles of the three groups of interviewee experts on intercultural health, representatives of ministries of health, or Leaders of Afro-descendant organisations. The references provided in this article complement these variables and address, among other things, the health inequalities and social determinants faced by and affecting Afro-descendant populations in the Americas. They also help to show how these inequalities relate to stigmatisation and racial discrimination. In addition, these references highlight some important efforts that are being conducted, both regionally and globally, to eliminate these inequalities, including the approval by all ministries of health of the first policy on ethnicity and health in 2017.

Problems have been identified during data collection regarding people of African descent, as this is not clearly differentiated in the statistics. However, despite this and with the available information, inequities have been found with respect to the rest of the population [9]. Some of these problems are related to the conceptual differences needed to define the ethnic-racial variable and the underutilization of the variable in data collection, among others. This work proposes a qualitative approach to discriminatory health issues, in particular regarding the population of African descent of the Americas. This qualitative approach is intended to complement the quantitative evidence that exists in relation to this health inequality [1,5,9–12] by providing a certain level of detail that is typical of the qualitative analytical approach, especially in complex and multi-causal matters, as is the case here.

The objective of this work is the internal thematic exploration of ethnic-racial discrimination towards people of African descent of the Americas regarding their access to health services, abuse during care, and the quality of the received services. In particular, emphasis is placed on the description of public policies, universal access to health and coverage, accessibility of health services, discriminatory behaviours and attitudes towards Afro-descendants while accessing health care, racism, and ethnic inequalities in health.

2. Materials and Methods

Given the complexity of the topic to be explored, a qualitative design was used, which takes elements of grounded theory and supports the analysis with the Atlas.ti v.8.2 software. In the design, the categories and variables assessed through questions to the interviewees were defined. Through their

answers, approximations to the relationships between these categories and the different variables were codified for the analysis [13]. The analysis and results of this work are considered an approximation, which should be further researched from the conclusions extracted.

1.1. Sample

An intentional sampling was carried out, selecting people from different social or institutional areas, in order to identify differentiated knowledge and explanations of ethnic inequalities concerning the health of the population under study. For the choice of informants, the geographical region, country, age, and sex of the person to be interviewed were considered. The final number of interviewees was 20. Of these, 5 were linked to ministries of health and other relevant ministries and government entities in Costa Rica and Peru (including the Ministry of Culture and the Social Security Fund); 1 was linked to the ORAS CONHU (Andean Health Agency, Hipólito Unanue Convention), representing 6 Ministries of Health (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Peru, and Venezuela); 7 were international leaders from Colombia, Mexico, Panama, and Peru; and 7 were international technicians specialised in intercultural health and African descent populations. The interviews were conducted after signing the informed consent and with the support of a guide with semi-structured questions; some were conducted virtually and others face-to-face. Of the 20 people interviewed, 8 were women and 10 identified themselves as Afro-descendants. The average age of the interviewees was 30 to 50 years old. At the time of the interview, they were located in Peru, Costa Rica, United States, Panama, Mexico, and Colombia.

1.2. Procedure

The interviews were conducted by the lead researcher, trained in qualitative methodology. Appointments adapted to the participants’ agendas were arranged and held in a familiar environment that each of them proposed so as to facilitate communication. The script was designed with the questions (see Table 1). Each interview lasted approximately 45 min, with a range of between 30 and 60 min. Interviews were recorded, and a code was assigned to each participant to maintain their anonymity. These were subsequently transcribed to facilitate the extraction and analysis of the contents.

Table 1. Questions guide for interviews with key informants.

Characteristics of the Variables	Questions Guide for Interviews
People of African descent culture	From your position, what can you say about people of African descent culture as a protective factor for health, which helps reducing health inequalities among this population?
Racial-ethnic identity	In your job with people of African descent as an ethnic-racial group, which actions do you take to improve the situation of Afro-communities and persons?
Traditional medicine	From your position in inter-cultural health with people of African descent populations, can you comment on how traditional medicine helps overcome health inequalities among this population?
Social determinants	From your working experience, can you comment on how the different manifestations of health social determinants regarding the African descent population affect health inequalities suffered by this population?
Socio-racial segregation	According to your country’s policies, regulations, and plans, how would you consider public-estate actions designed to improve access to public services in those settlements inhabited by people of African descent communities who live in conditions of poverty and exclusion?

Table 1. Cont.

Characteristics of the Variables	Questions Guide for Interviews
Racial discrimination	Could you mention the institutional mechanisms of your country and ministries towards avoiding any form of discrimination related with the right to be people of African descent, be it social, work-related, or access to services, among others?
Community health	In your country, do you know any health model that promotes family and community health work with the people of African descent population that may be proof of positive health outcomes?
Inter-cultural health	In your country, could you say whether there are health working strategies and methodologies with an intercultural approach that help in reducing or mitigating the effects of health inequalities?
Availability	In your country, could you mention institutional examples that show actions with budgetary allocation to guarantee the availability of health services in areas inhabited by people of African descent?
Accessibility	Form your experience, could you mention how the institutional mechanisms put in practice by the Ministry of Health work to guarantee the right to access health services and the quality of care, while offering good communication and treatment to the people of African descent population?
Acceptability	What could you say about the quality of health care and the way this care is offered considering the specific needs and meeting the socio-cultural expectations of people of African descent?
Morbidity	Are you aware of any experience or study that evidences how health inequalities between the people of African descent population and other populations lead to differences in the disease and even death due to ethnic and social exclusion conditions?
Mortality	In your country, are there any policies, plans, studies, or actions aimed at overcoming inequalities in avoidable mortality among the people of African descent population?

When asking the question, it is contextualized based on the role of the key actor that is interviewed.

1.3. Data Analysis

The texts from the interviews' transcripts were independently analysed by two researchers. Subsequently, the results were triangulated, resolving the discrepancies through consensus, without requiring the intervention of a third researcher as a mediator. The Atlas.ti v.8.2 software was used for the analysis.

A two-way categorisation and coding process has been applied:

Top-down: Based on the fundamental theoretical models and concepts found in the specialised reference literature, a category structure was established as indicated in Table 2. Each of the defined categories was linked with its concept or its higher category in the hermeneutic unit, thus establishing a top-down tree under a theoretical foundation logic. We use here "hermeneutical unit" in reference to the set of elements, interrelated among themselves, and with different levels of abstraction and utilities, that make up a qualitative analysis process with Atlas.ti. The idea is based on the Grounded Theory, originally by Glaser and Strauss [14]. In basic terms, the structure of any qualitative analysis should be supported by pre-existing general theories (that give researchers some references to construct their own analytic and flexible structure, changeable during the analytic process), specific theories (that grow out of data from interview transcription in our case), dimension and categories (middle abstraction ideas), codes (first steps in abstraction), and quotes (or units of context, that give sense to codes). With regard to this article, the main categories considered were socio-racial segregation and racial discrimination, which would be linked to each other in a hermeneutic unit. The theoretical study found the need to include the living conditions category, which refers to social determinants, and these

in turn to inequality, race, class, poverty..., as shown in Table 1. The definition of the codes thus shared a top-down basis from the theoretical dimensions and categories but was completed bottom-up [15,16].

Table 2. Operational concepts: categories, dimensions, and variables.

Atlas.ti Analytical Categories	Dimension	Variables	Variable Definition
Socio-Racial Segregation and Racial Discrimination	Ethnic	People of African descent culture	People of African descent culture is that segment of the cultural diversity of the Americas and the Caribbean area formed by the different music, cuisine, dance, working techniques, traditional architecture, technology, afro-epistemology, spirituality, ethics, and linguistic knowledge brought by Africans in enslaved conditions during the slave trade, and their implementation in the various colonial systems of this continent [17].
		Racial-ethnic identity	In the concept of ethnic-racial identity, it is recognised that human beings belong to the same species and have the same origin and that humanity is one. In this context, the existence of diverse identities is recognised, with the right that they be lived with their differences. It is also recognised that human beings are the product of different life forms, beliefs, and worldviews that give rise to diverse behaviours, which manifest in dress styles, languages, rituals, therapies, food, and different forms of social organisation [18].
		Traditional medicine	Traditional medicine is the sum of knowledge, techniques, and practices based on the theories, beliefs, and experiences of different cultures, and it is used to maintain health, both physical and mental [19,20].
	Life conditions	Social determinants	Social determinants of health. The social determinants of health are the circumstances in which people are born, grow, live, work, and age, including the health system [21].
		Socio-racial segregation	It is how racial and class inequalities interact and express themselves in urban or rural spaces [22].
		Racial discrimination	Racial or ethnic discrimination exists “when a person is treated unfavourably, as compared to the treatment received by others in a similar situation, and the reason is related to their racial or ethnic origin [23].
Health promotion	Community health	Community health is the collective expression of the health of a defined community, determined by the interaction between the characteristics of individuals, families, the social, cultural, and surrounding environment, as well as by health services and the influence of social, political, and global factors. Therefore, community intervention in health is defined as an action taken with and from the community through a process of participation [24].	
	Inter-cultural health	Interculturality is understood as a relationship between dynamic cultures, in which there is necessarily reciprocity, will, and horizontality, recognising that there are common spaces for encounters where these can be negotiated, and others where specificities are maintained that respect differences, thereby improving the health of both peoples, gaining spaces from the original peoples, and providing space from official institutions [25].	

Table 2. Cont.

Atlas.ti Analytical Categories	Dimension	Variables	Variable Definition
Health services equity	Availability		Having a sufficient amount of public health establishments, goods, and services [26].
	Accessibility		Possibility of being assisted by the services. There are, at least, three types: (1) material (distance, transportation, schedules); (2) economic (travel costs, fees); and (3) social or cultural (barriers of cultural patterns, language, etc.) [27]
Health outcomes	Acceptability		Compliance of patients and family members with their expectations regarding requested and obtained medical care [28].
	Morbidity		Refers to the presentation of a disease or symptom of a disease, or the proportion of disease in a population. Morbidity also refers to the medical problems caused by a treatment [29].
	Mortality		Mortality are deaths that become data by place, time interval, and cause [30].

Bottom-up: Based on the transcripts, a count was made of the words contained therein, which was prioritised by frequency, from highest to lowest. From this list, words that met the following criteria were selected: (1) maintain a clear semantic relationship with the research objectives, and specifically with the selected categories (socio-racial segregation and racial discrimination); (2) appear in the list of frequencies with a relative weight in the transcriptions greater than 0.025% of the total words posted for the total analysed documents. These two criteria were intended to strengthen the coding system on theoretical and, at the same time, objective-quantitative criteria because, when applied, the selected words nominated the codes used in the automatic coding process. This process was extended, as usual, to the families of the selected words, using the lexeme root in the search. For example, the “racial” code was used when “race”, “races”, or “racial” appeared in the transcribed text. But “world” was not used, despite meeting criterion 2, because it did not meet criterion 1 (semantic relationship with selected categories). As a unit of context for coding (defining what Atlas.ti calls “quotes”), the phrase was adopted, that is, the text space between one point and another. With this in mind, the transcripts were made with special care in respecting the punctuation marks.

In addition, to introduce links between codes into the hermeneutic unit, an objective criterion based on a certain level of co-occurrence was used in the same unit of context. Co-occurrence is defined as the number of times two codes match within the same unit of context. The relativization of this absolute number of events was done by means of the co-occurrence coefficient: “C”, calculated as

$$C = n_{12} / (n_1 + n_2) - n_{12} \quad (1)$$

where:

n_{12} = cooccurrence frequency of two codes, c_1 and c_2 ,

n_1 = frequency of occurrence of code c_1 ,

n_2 = frequency of occurrence of code c_2 .

The calculation of the co-occurrence coefficients was carried out by following the corresponding order to the system. In the rows of the cooccurrence table, all the codes of the hermeneutic unit were established, and, in the columns, the codes were established following the criteria described above, which defined the theoretical system (concepts, categories, dimensions) that underpin this work. This decision also intended to consider the relative presence of the theoretical construct used in this article (segregation–discrimination), independently of the total discourse (multi-conceptual complex) collected in the interviews.

Finally, the linking system (edges) between the elements of the conceptual maps was based, in turn, on two criteria. (1) Theoretical criterion: the category that includes a code is linked to that code, and the codes included in the same category are linked to each other. For example, the “socio-racial segregation” category is linked to the “racial” code and to others included in its theoretical system, which explain the category. All codes included in that category are linked to each other. (2) Objective criterion: Codes of different categories are linked to each other only when they show a co-occurrence coefficient greater than or equal to 0.15. The choice of this cut-off point (0.15) was made on the basis of the simultaneous consideration of the statistical distribution of the co-occurrence frequencies and the symbolic interest of the resulting cognitive network map. This use of mixed foundations (qualitative and quantitative) is increasingly common in analyses using CAQDAS software, regardless of the subject of research [31,32].

1.4. Ethical Aspects

At the operational level, and to consider the possible ethical aspects related to data collection and the subsequent analysis, the person was informed, prior to each interview, about both the objectives of the study and the methodology. A written informed consent model was provided to each participant containing the reference person’s name and surname (ultimately responsible), the purpose of the study, the guarantee of privacy and anonymity of the participants, and date and signatures of the researcher and the participant. The data and transcripts of the interviews were saved anonymously, maintaining confidentiality and the anonymity of the participants. The project has the authorisation of the Research Ethics Committee of the Andalusian Health Administration, Spain.

3. Results

Table 3 shows the most cited codes, which offer an overview of the expert discourse on the subject matter at hand. Beyond general matters, which are indicated by the primary positions of the frequency column (care, politics, inequalities, access), reasoning elements were articulated that, despite claiming to be general concepts, relate to specific aspects. Thus, important references to power, skin colour (black as a “class mark”), differences (as the basis of inequality), rights (as ethical-legal bases), or mortality (as a result of inequalities) appear.

Table 3. Codes frequency in the interviews and concurrency coefficients with the theoretical construct “socio-racial segregation + racial discrimination”.

Code	Frequency	Concurrency Coefficients
Care	176	0.178
Politics	144	0.094
Inequalities	139	0.054
Access	133	0.112
Racial	96	0.122
Power	71	0.045
Black	64	0.105
Different	64	0.059
Rights	44	0.096
Racism	43	0.295
Exclusion	37	0.013
Mortality	31	0.021
Segregation	21	0.046

Once the concurrency coefficients linked to the theoretical construct “socio-racial segregation + discrimination” is calculated, the highest values are observed in the following codes: “racism” (0.29), “care” (0.18), “racial” (0.12), “access” (0.11), and “black” (0.10). Conversely,

the lowest concurrency coefficients are found in “exclusion” (0.01), “mortality” (0.02), “power” (0.04), and “segregation” (0.05) (Table 2).

Moreover, the basic exploration of the concurrence of the most frequent codes with the “socio-racial segregation and discrimination” theoretical construct offers a double discourse dimension: on the one hand, a more axiological dimension composed of needs, values, and fundamentals (race, racism, care, access to health) and, on the other hand, a more practical dimension (related to the consequences of discrimination) with arguments such as power and authority management for access to health systems (politics, inequalities, segregation) and mortality and exclusion (as more frequently verbalised matters). Similarly, from the interviewees’ responses, a global conceptual map was generated that allowed greater content and better understanding of the relationship between the most relevant categories obtained in the results (Figure 1). The network displayed in the conceptual map in Figure 1 shows the complexity of relationships where ethnicity, with different levels of concurrence with two-way directionalities (see arrows), interacts with politics, access, services, and care; furthermore, the map gives a great weight to racial discrimination and segregation and inequalities, in this case ethnic inequalities regarding health issues (see arrows in black).

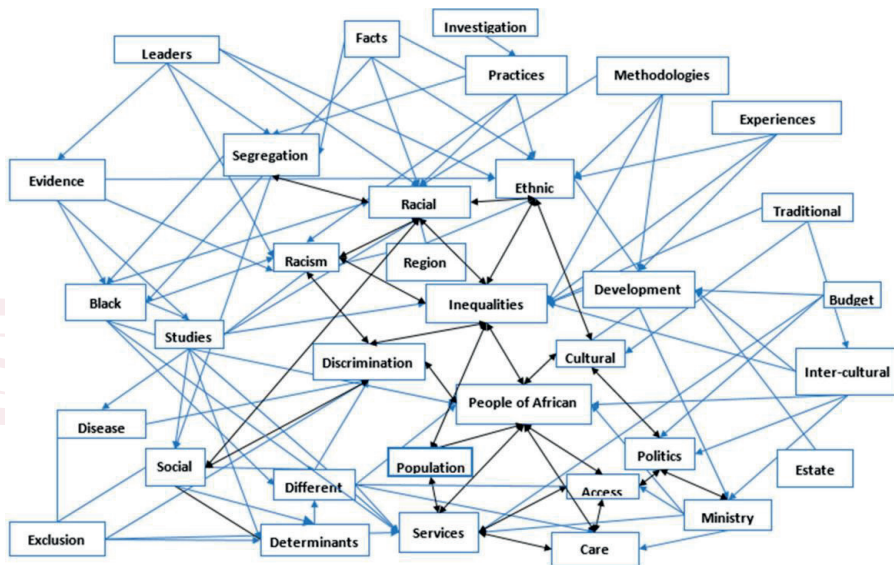


Figure 1. Wide cognitive map: display of the relationship between racial discrimination and quality of health services.

1.5. Racial Discrimination

Figure 2 shows the strength of the relationship, through two-way arrows, of race issues and their connection with discrimination and care (this image reflects data on concurrency coefficients of 0.29), and the latter with the degree of health care (concurrency coefficient of 0.18). In turn, race issues are associated with segregation (concurrency coefficient of 0.04). On the other hand, a relationship between politics and the level of access to healthcare is found.

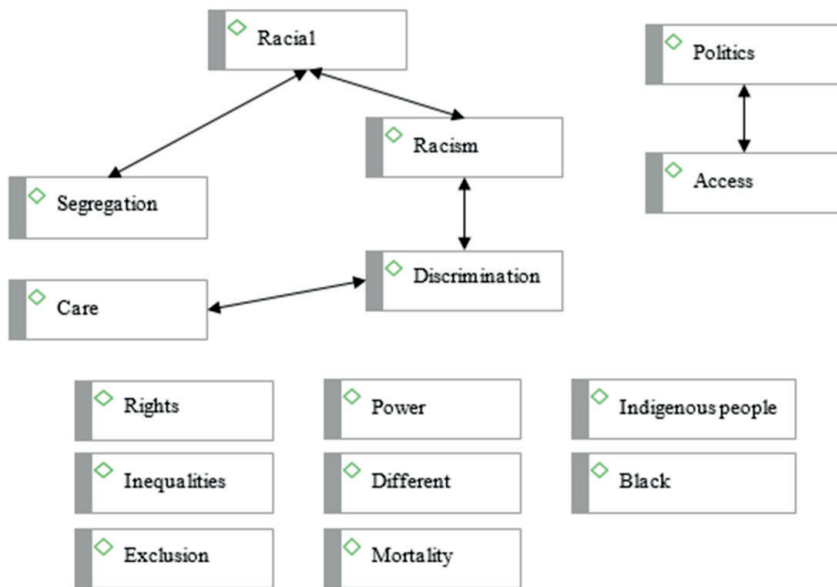


Figure 2. Cognitive map: display of racial discrimination.

In the interview analysis, racial discrimination is negatively related to access possibilities and quality of the health services received by people of African descent, both in rural and urban areas:

“This discrimination influences all aspects of treatment experienced by patients of African descent, such as considering their participation in what is health, among other things. Discrimination is very strong in the countries of the region, and the development of specific care protocols and care guides to combat discrimination is currently being considered for the Andean region” (Ministry Official, E2).

“There is strong discrimination in the countries of the Andean region, with the development of specific care protocols and care guides to combat discrimination being considered for the region” (Ministry Official, E2).

Leaders believe that this discrimination is a general problem in all countries of the region and that it has an effect on access to services and quality of care, while technicians, from a more academic and advisory approach, propose:

“... in the region’s health systems and services, in the different countries, there is tacit recognition that there should be no discrimination. However, this standard is not present in notices or protocols. The truth is that health services discriminate, and they do so in a very subtle way or, in other cases, in a very obvious way” (International Technician, E2).

1.6. Ethnic-Racial

The conceptual map allows to observe the relationship between ethnicity, policies, access to services, and quality care, with the side effect of discrimination and inequalities. This map reflects the data obtained in the interviews and is organized according to concurrency coefficients that express the strength of the relationship between the aforementioned variables.

As shown in Figure 3, the racial ethnic concept makes it possible to identify racism as one of the elements that contributes to health inequalities for the African descent population of the Americas. Ethnicity relates to access to health services through politics, being conditioned by the level of development and influencing their level of care and quality. This difference in health services results in inequality and discrimination among the collective.

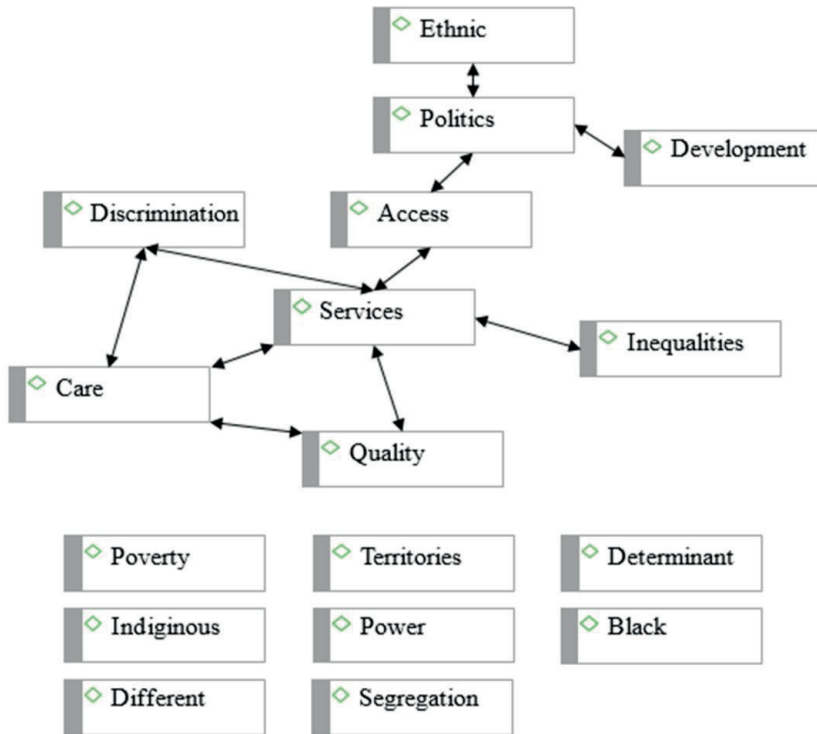


Figure 3. Arguments interrelating ethnicity with the quality of the health services.

Both leaders and officials believe that evidence and vindication to act against the collective's discrimination regarding their health care has been initiated:

"... since the Santiago de Chile Conference, preparatory to the third World Summit against racism, racial discrimination, xenophobia, and related intolerance, where leaders of African descent claimed the African descent concept, ... situations of racism and racial, structural, and systemic estimation are highlighted as they affect the population of African descent, as well as how the racial ethnic dimension ... has an important connotation in all aspects of the health and economic and social development of people of African descent due to the weight of racism ... to evidence how on equal characteristics, the racial ethnic status affects the different social indicators, which are recorded and show the asymmetries associated with the African descent population" (Leader of African descent, E1). "

"... we have seen how the population with the lowest level of education is the African descent population; it is the one that has more pregnancies and where maternal mortality rates are higher often because pregnancies are complicated by diseases typical of the African descent population" (Ministry Official, E1).

1.7. Health Policies for the Collective

Policies on access to health services seem to have a significant weight, so the perceived need to promote health policies for the population of African descent may be inferred (Figure 3).

Technicians indicate that important policy steps have been taken:

"The important step that has been taken in the region with the approval of the PAHO Member States is the first policy on ethnicity and health in 2017" (International Technician, E2).

“ . . . The progress that has been made in the region has been made with the adoption of the Strategy and Action Plan on Ethnicity and Health in 2019, which incorporates the intercultural approach and the impetus, among others, of traditional medicine, the generation of evidence, the promotion of politics within ethnic groups, including the population of African descent” (International Technique, E2).

Similarly, technicians raise the need for an intercultural approach towards the promotion of these policies:

“ . . . the importance of an intercultural approach to foster policies, since although there is wide regulation in the region, it is essential to have support for implementation and follow-up in terms of monitoring and evaluation” (International Technique, E2).

“ . . . the intercultural approach to health issues is key to narrowing these health gaps because it will allow traditional systems to understand that these communities have particularities” (Leader of African descent, E2).

Leaders and technicians share the belief that positive steps have been taken but that there is still a long way to go:

“ . . . there are important opportunities to carry this out, including the 2030 agenda and the International Decade for People of African Descent” (Leader of African descent, E2).

“ . . . Despite some progress, there is a long way to go and greater commitment is needed; more budget should be allocated because the debt to this population is very large” (Ministry Official, E2).

1.8. Access to and Quality of Health Services

In Figure 3, access to health services, mediated by politics in the ethnicity variable, conditions the quality of the service, this being a reason for inequality and discrimination. Differences based on rural or urban areas have also been observed in interviews.

Leaders have identified differences in access and quality of the service between the rural and urban populations and the influence of these on the African-American population of the Americas.

“ . . . of particular concern is the situation of the population of African descent living in remote areas, where health care is precarious. These communities are also considered to be the most excluded in public policy issues” (Leader of African descent, E2).

Officials and technicians recognise the level of exclusion, vulnerability, and stigmatisation, in part because of a lack of sensitivity towards the collective:

“When analysing the situation of the population of African descent, these people are recognised as excluded, vulnerable, and stigmatised, thus affecting the coverage, access, and quality of the health services provided to them because of stigma, as stating their African descent is a way in which they become isolated from access to the services” (Ministry Official, E1).

“ . . . and this lack of sensitivity in the context is what generates exclusionary practices that do not allow adequate care for people or that cause many doctors or nurses to refuse to go to those areas of African descent populations; well, they say that these are remote areas, where there is no means of communication or infrastructure, and where they are besieged by armed conflict” (International Technician, E1).

Technicians consider it necessary to break down access barriers:

“ . . . the causal relationship is quite clear: if we want to promote access and universal population coverage of quality and comprehensive health services, we need to break down or reduce access barriers. And all official, regional, and national studies coincide in pointing out that one of the most important of these is cultural barriers” (International Technician, E1).

“ . . . hindering people’s access to health services is certainly an issue that requires a lot to work on because it is not only racial discrimination but also social; it is cultural discrimination of which not only the population of African descent is a victim, so are other minorities like transgenders, minorities with different gender identities, women . . .” (International Technician, E1).

Leaders highlight greater discrimination against women in access to health care:

“ . . . So when those women, many of whom are single mothers, heads of households, go to the clinics alone, with no one to support them, with no one to protect them, they still receive discrimination and abuse from doctors and many people who work in those health centres” (Leader of African descent, E2).

“The wide number of women these midwives receive, including prenatal and postnatal care with babies and other traditional forms that are used, have come to contribute, to a greater or lesser extent, to gaps in health care on the part of the authorities regarding the care that should be provided by the authorities” (Leader of African descent, E2).

Technicians suggest that traditional medicine could contribute to greater access to health care for the collective:

“ . . . Although there are no studies, it has been observed that working with traditional medicine would allow us to contribute to universal access to health care for these populations. So, it would definitely be a key factor in guaranteeing these populations access to health services” (International Technician, E2).

“ . . . Some research has been mainly developed in rural communities that have been working on the need to recover the medicinal knowledge that communities of African descent have; the research is mainly on traditional midwifery and on the use of plants to meet the health needs that most affect these populations” (International Technician, E1).

Leaders also believe that traditional medicine and plant use could decrease barriers and strengthen conventional medicine:

“ . . . initiatives could be created to reduce the existing gaps and where traditional medicine of the population of African descent is valued; a dialogue with conventional medicine could be generated to improve the health conditions of the people of African descent” (Leader of African descent, E1).

“ . . . I do believe that traditional medicine, body care, and plant use can strengthen Western forms of health, and that we will be able to see, from there, the common points which can be used in African descent and non-African descent people” (Leader of African descent, E2).

Community leaders of African descent claim their role in improving the coordination of their actions with traditional medicine:

“ . . . Leaders of African descent can mediate between state health care practices and many more community forms, bringing closer these demands from community to state . . . in order to incorporate elements into health systems that overcome discrimination and contribute to reducing health gaps” (Leader of African descent, E1).

Officials also believe that government agencies are playing an important role in solving the problem:

“ . . . I do think we are now having new proposals as a State with the Health Network System” (Ministry Official, E2).

“Some actions have been done within these areas, but what is needed is the sustainability of the work to be carried out” (Ministry Official, E1).

Technicians highlight the need to evaluate and monitor the quality of the health care offered to African descent groups:

“These models of evaluation and monitoring respond to the differentiated needs of the population of African descent. I think it is an interesting topic to investigate because my impression is that these models of monitoring and quality of care assessment are not adequately gathering the differentiated needs of the populations of African descent and other ethnic groups. I am referring to models of assessment and monitoring of the quality of care applied at the macro level, at the national level driven by large banks, by multilateral agencies, by the academy... These needs are not being collected” (International Technician, E1).

1.9. Negative Outcomes, Diseases, Mortality, Seen as Health Inequalities

Leaders see a higher level of morbidity, with a higher proportion of homicides, while higher maternal mortality is only evidenced in the US (there not being data from other countries):

“ . . . homicide is the leading cause of death among young people in Brazil, and it disproportionately affects young people of African descent; 80% affect people of African descent” (Leader of African descent, E2).

“ . . . there is no inference of data that allows saying, except in the US, that maternal mortality occurs especially among black populations. As statistics in these countries are in the process of improvement so as to include ethnicity . . . ” (International Technician, E1).

Leaders observe how specific or differentiated diseases such as sickle cell anaemia or skin cancer are often unknown in these countries:

“ . . . I am saying this with much sorrow: diseases related to the population of African descent –I’m specifically talking about sickle cell anaemias and others– are not known in our countries” (Leader of African descent, E2).

“ . . . diagnosis of health-related disparities such as skin cancer and other problems for which artificial intelligence is now far from a solution may involve some discriminating factors against people of African descent” (Leader of African descent, E2).

Technicians confirm these inequalities:

“ . . . there are studies that reveal the existence of inequalities in health outcomes, i.e., morbidity and mortality, but sadly no mechanisms have been specifically worked on to reduce this ethnic social exclusion and racial segregation” (International Technician, E1).

“ . . . the epidemiological profile of the African descent population that is related to chronic diseases since adolescence, such as hypertension, overweight, etc., is striking, and it suggests a very subtle discriminatory burden on health services regarding access, which is equal to indigenous populations” (International Technician, E1).

4. Discussion

This study has facilitated analysing the different aspects linked to discrimination regarding access to and quality of health care for the people of African descent of the Americas, as well as discriminatory behaviours and attitudes towards Afro-descendants while accessing healthcare. An approach is made to possible causes and solutions through the contribution of a group of key informants made up of social, institutional, and academic actors with experience in the field.

The data in this study are consistent with the benchmarks for clarifying the meaning of racial discrimination and segregation proposed by WHO [6] and the joint position adopted by PAHO [7]. The contributions of leaders of African descent, interviewed according to their different roles, stated that discrimination is present in all countries of the region with effects on access to services and on the quality of healthcare.

The need to clarify the racial ethnic concept was identified in at least two ways: on the one hand, for the verification of racist actions that occur in health services and, on the other hand, for use in data collection systems. In this regard, the Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC) states that notions of “race” and “ethnicity” have not only served as a conceptual platform for mobilising the political identity processes of people of African descent but that notions of “race” and “ethnicity” have allowed the foundation for self-identification of these populations in censuses and surveys. An improvement in data is indeed observed, but weaknesses and limitations are also still perceived, generating statistical invisibility [33].

Public policies should evaluate and respond to the links between negative health outcomes and racism, racial discrimination, xenophobia, and related intolerance. In this regard, the National Policy of Integral Health Care of the black population set up by the Ministry of Health of the State of Sao Paulo between 2003 and 2010 is a reference. After analysing the strategies and mistakes made, racism was included on the political agenda as a social determinant of health. This facilitated professional and civil society awareness, the inclusion of race/skin colour in information systems, and consciousness of the need to invest in assessment indicators and renewal of the learning processes for policy feedback [10].

However, the present study revealed that the same is not true in most surrounding countries that do not include specific mechanisms to ensure access to the health services.

Our results confirm the PAHO proposal's recognition of the need for political commitment and a consensus strategic framework to move towards health equity by developing the first policy on ethnicity and health for the Americas; it was unanimously approved by all ministries of health in September 2017 during the 29th Pan American Health Conference. The Report called for exploring the weight of the assumed segregation and discrimination against minorities [8].

Studies in the United States have shown that doctors and health workers do not take medical complaints from people of African descent seriously, and that medical mistrust can be a consequence of segregation [34]. In addition, African Americans/black people are less likely to find an unrelated donor [35]. All of this led to the statement that improving quality and reducing racial and ethnic health care disparities are two important and related health care challenges in the United States [36–38].

The present study highlighted the geographical variable, because of the worrying situation of the population of African descent living in remote areas, where health care is more precarious. These results coincide with a study conducted in Mexico, where a geographical pattern of distribution of the marginalisation index and the Afro-Mexican population was established, and which is far from random [39]. In Colombia, the geographical variable has been found to be a source of residential segregation, which appears as discrimination with respect to the use of reproductive health services [22]. The interviews carried out in the present study highlight the situation of single mothers who attend clinics alone and receive discrimination and abuse from doctors and other health centre workers. A possible solution would be to value the traditional medicine of the people of African descent, generating a dialogue with conventional medicine. Rescuing traditional medicine, body care, and plant use may strengthen Western ways of health care, both for people of African descent and for the rest of the population. The literature refers to experiences in which the intercultural dialogue is a strategy that allows complementing traditional medicine. Such is the case of working in child maternal health in Afro-Colombian communities [11].

Coordinated work with community leaders at the local level can be a step forward in overcoming discrimination and reducing health gaps. Leaders of African descent often act as mediators between state health care practices and community processes, making it easier to bring the demands of the community closer to the state. An example is the Special Plan for the Safeguarding of Knowledge Associated with Midwifery of the Afro-Pacific Communities in Colombia. However, midwives claim that they often refer pregnant or sick women to doctors who respond by rebuking these women for having turned to midwives [40].

The use of the word “black” and its connotations may vary by region. Hoffman states that “black” does not belong to the Mexican collective national imaginary and that it only represents decontextualised stereotypes or alienating images, which identify the person as a foreigner. In certain regions of the country, these connotations and associated implications vary depending on the history of those black populations and the elite positions of the collective [12]. In the present study, this issue was placed in the fifth level of concurrence as regards racial discrimination.

As for racial discrimination related to the use of ethnic-racial categories in censuses and surveys, the initiative of the Peruvian Statistical Institute must be cited here as it is aimed at improving the measurement of the ethnic dimension in official statistics. The National Household Survey (ENAHU) included a variable of ethnic/racial self-identification, while in two rounds of the Demographic and Family Health Survey (ENDES), a module was added with indicators on ethnic markers (such as clothing and link to the community of origin) [41]. The emergence of the ethnic dimension in the surveys facilitates the investigation of this variable, and this has shown statistical inequality in both morbidity and mortality data; in Brazil, black people have more than twice the risk of death by homicide as white people [22,42].

Among the limitations of the study, the number of interviewees may be mentioned, taking into account the variety, among Latin American countries, of approaches to addressing the health of African

descent populations in different ways. Future studies could complement and deepen current results with the vision of other subject matter experts.

Finally, the study may allow ministries of health to consider incorporating the training of professional competencies in intercultural health into their plans for healthcare human resources, as well as the use of tools to change racist and discriminatory behaviours and attitudes, which have consequences on the health of the Afro-descendant population.

5. Conclusions

In the present study, racial discrimination and its relationship to accessibility of health services and abuse during care have been studied in the populations of African descent of the Americas, both in urban and rural areas. In relation to racial ethnicity, two dimensions are made evident: one is the politically demanding nature of racial discrimination and the ways African descent organisations deal with this, and the other is that changes must be implemented by institutions in order to have disaggregated information on the population of African descent by including them as a variable in surveys, censuses, and continuous records. Ministries of health perceive the need for more research and training to make appropriate and useful decisions that affect these populations. It is important to emphasise the need for differentiated approaches that consider the ethnic-racial needs of people of African descent. And to do so, intercultural approaches are a fundamental tool.

With regard to public health and ethnicity policies, the lack of budget for implementation and, as the evidence indicates, the lack of monitoring, evaluation, and accountability are identified as the main problem.

Based on racial discrimination, structural and functional discrimination are observed. Thus, the latter entails barriers to access to health services and deficiencies in the quality of care, which has negative effects that are expressed through ethnic inequalities in the face of disease and death. Such racial discrimination, when associated with spatial racial segregation, social class, sex inequalities, and other conditions may lead to its maximum expression of intolerance and discrimination in the health services context.

The manifestations of racial discrimination in the health care context are related to the availability of these services in urban and rural areas where people of African descent live, to the prioritisation of delivering services of medium and high complexity, to the undervaluation when organising and providing services, to stigmatisation against certain types of health issues, and to the quality of services to the detriment of the expected results.

A pending issue for countries is to improve health information management, in this case, generating the necessary input on racial discrimination through systems that ensure the quality of the health care services so as to design monitoring, evaluation, accountability, and improvement plans.

With the evidence and the approaches obtained from the interviewees as a benchmark, knowledge has been widened on understanding how racial discrimination is one of the main mechanisms that generate ethnic inequalities in health matters by hindering access to and quality of the health services provided to people of African descent in the Americas.

Author Contributions: Conceptualization, S.d.P., J.G.-S., J.A.D.-G., and C.R.-F.; data curation, S.d.P. and J.A.D.-G.; formal analysis, S.d.P., J.G.-S., J.A.D.-G., and C.R.-F.; funding acquisition, S.d.P.; investigation, S.d.P., J.G.-S., J.A.D.-G., and C.R.-F.; methodology, S.d.P., J.G.-S., J.A.D.-G., and C.R.-F.; project administration, S.d.P.; resources, S.d.P., J.G.-S., and J.A.D.-G.; software, J.G.-S., J.A.D.-G., and C.R.-F.; supervision, J.G.-S. and C.R.-F.; validation, J.A.D.-G.; visualization, S.d.P.; writing—original draft, S.d.P., J.G.-S., J.A.D.-G., and C.R.-F.; writing—review and editing, S.d.P., J.G.-S., and C.R.-F. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Acknowledgments: The opinions expressed in this manuscript are the responsibility of the authors and do not necessarily reflect the criteria or policy of PAHO/WHO.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. Santos Padron, H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Rev. Cuba. Salud Pública* **2011**, *37*, 2.
2. United Nations. Sustainable Development Goals. 2015. Available online: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/> (accessed on 28 May 2020).
3. United Nations/CDP. Leaving No One Behind. 2018. Available online: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/2754713_July_PM_2_Leaving_no_one_behind_Summary_from_UN_Committee_for_Development_Policy.pdf (accessed on 2 June 2020).
4. del Pino, S.; Coates, A.R.; Guzman, J.; 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*, e201809059. [PubMed]
5. del Pino, S.; Sanchez-Montoya, S.; Guzman, J.; Mujica, O.; Gómez-Salgado, J.; Ruiz-Frutos, C. Health inequalities amongst People of African Descent in the Americas, 2005–2017: A systematic Review of the Literature. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2019**, *16*, 3302. [CrossRef] [PubMed]
6. World Health Organization. World Conference against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance. 2001. Available online: <https://www.un.org/WCAR/durban.pdf> (accessed on 12 July 2020).
7. PAHO. *Equity in Health from an Ethnic Perspective*; PAHO Public Policy and Health Program, Division of Health and Human Development: Washington, DC, USA, 2001; Available online: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Equidad%20en%20salud%20desde%20la%20Etnicidad.pdf> (accessed on 25 August 2020).
8. PAHO. *Policy on Ethnicity and Health*; PAHO: Washington, DC, USA, 2017; Available online: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13658:29th-pasc&Itemid=42422&lang=en (accessed on 28 May 2020).
9. Ribeiro Santana, S.A.; Akerman, M.; Mendes Faustino, D.; Spiassi, A.L.; Zito Guerriero, I.C. A equidade racial e a educação das relações étnico-raciais nos cursos de Saúde. *Publicacoes saude populacao negra. Interface* **2019**, *23*, e170039. [CrossRef]
10. Batista, L.E.; Monteiro, R.B.; Medeiros, R.A. Iniquidades Raciais e Saúde: O Ciclo da Política de Saúde da População Negra. *Desigualdades Raciais e Saúde: Ciclo de Políticas de Saúde da População Negra. Saúde Debate Rio Jan.* **2013**, *37*, 681–690. [CrossRef]
11. Portela Guarín, H.; Astaiza Bravo, N.; Guerrero Pepinosa, N.; Rodríguez Guarín, S. Rescuing traditional medicine in maternal and child health in the afrocaucasian communities through intercultural dialogue. *Rev. Univ. Salud* **2013**, *15*, 238–255.
12. Hoffmann, O. De las “Tres Razas” al Mestizaje: Diversidad de las Representaciones Colectivas Acerca de lo “Negro” en México (Veracruz y Costa Chica) (From “Three Races” to Mixed-race: Diversity of Collective Representations About the “Black” in Mexico). Available online: <https://hal.archives-ouvertes.fr/halshs-00463296> (accessed on 11 March 2010).
13. Hernández Sampieri, R. *Metodología de la Investigación*, 6th ed.; McGraw Hill: Mexico City, Mexico, 2014; pp. 468–473.
14. Glaser, B.; Strauss, A. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*; Aldine: Chicago, IL, USA, 1967.
15. Oliva, P.; Buhning, K. Investigación cualitativa y evidencia en salud. Respuestas fundamentales para su comprensión (Qualitative research and evidence in health. Key answers to your understanding). *Rev. Chil. Salud Publica* **2011**, *15*, 173–179.
16. Waqar, I.U.A.; Bradby, H. Locating ethnicity and health: Exploring concepts and contexts. *Sociol. Health Illn.* **2007**, *29*, 795–810. [CrossRef]
17. Chucho García, J. *El Decenio Afrodescendiente*; ALAI: Quito, Ecuador, 2015.
18. Torres-Parodi, C.; Bolis, M. Evolución del concepto etnia/raza y su impacto en la formulación de políticas para la equidad (Evolution of the ethnic/race concept and its impact on equity policy-making). *Rev. Panam. Salud Publica* **2007**, *22*, 405–416. [CrossRef]
19. WHO. Traditional, Complementary and Integrative Medicine. Available online: https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1 (accessed on 20 June 2020).

20. WHO. Traditional Medicine Strategy. 2013. Available online: https://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/ (accessed on 2 June 2020).
21. PAHO/WHO. Pan American Health Organization, Social Determinants of Health. 2009. Available online: <https://www.paho.org/en/topics/social-determinants-health> (accessed on 22 June 2020).
22. Villamizar Santamaría, S. Social inequalities, spatial inequities? Analysis of the socio-racial segregation in Bogotá (2005–2011). *Rev. Colomb. Sociol.* **2015**, *38*, 67–92. [CrossRef]
23. FRA. European Union Agency for Fundamental Rights. *FRA Factsheet Inequalities and Multiple Discrimination in Healthcare*. 2012. Available online: <http://fra.europa.eu/> (accessed on 22 June 2020).
24. Osakidetza. Departamento de Salud. 2018. Available online: <https://www.euskadi.eus/informacion/salud-comunitaria/web01-a2osabiz/es/> (accessed on 22 June 2020).
25. Hasen Narváez, F. Interculturalidad en salud: Competencias en prácticas de salud con población indígena (Health Interculturality: Skills in Health Practices with Indigenous Population). *Cienc. Enferm.* **2012**, *18*, 17–24. [CrossRef]
26. Sánchez-Torres, D.A. Accesibilidad a los servicios de salud: Debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Rev. Méd. Inst. Mex. Seguro Soc.* **2017**, *55*, 82–89. [PubMed]
27. Zamora Chávez, S. Satisfacción sobre la infraestructura y la calidad de atención en la consulta de Gineco-Obstetricia de un establecimiento de atención primaria (Satisfaction on infrastructure and quality of care in the consultation of Gynecology-Obstetrics of a primary care facility). *Horiz. Med. Lima* **2016**, *16*, 38–47.
28. CEMSE. 2018. Available online: <http://www.cemse.edu.bo/webcemse/index.php/listacatnoticias/item/352-satisfaccion-del-usuario-en-consultas-externas-en-el-centro-de-salud-cemse-subio-en-un-94> (accessed on 22 June 2020).
29. US Department of Health and Human Services; National Institutes of Health. National Cancer Institute, NCI Dictionary of Cancer Terms. Available online: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/morbilidad> (accessed on 22 June 2020).
30. WHO. Health Status Statistics: Mortality. Available online: <https://www.who.int/topics/mortality/es/> (accessed on 22 June 2020).
31. Kumar, P. Rerouting the Narrative: Mapping the Online Identity Politics of the Tamil and Palestinian Dispora. *Soc. Media Soc.* **2018**, *4*. [CrossRef]
32. Vitali, M.M.; Castro, A.; Caravaca-Morera, J.; Soratto, J. A man is a man and a woman is a woman; everything else is hanky-panky: Social representations of transsexuality on internet comments. *Saude Soc.* **2019**, *28*, 243–254. [CrossRef]
33. Anton, J.; Bello, A.; Del Popolo, F.; Paixao, M. *Afrodescendientes en América Latina y el Caribe: Del Reconocimiento Estadístico a la Realización de Derechos*; Serie Población y Desarrollo No 87; CEPAL: Santiago, Chile, 2009.
34. Shelton, R.; Winkel, G.; Davis, S.N.; Roberts, N.; Valdimarsdottir, H.; Hall, S.J.; Thompson, H.S. Validation of the Group-Based Medical Mistrust Scale Among Urban Black Men. *J. Gen. Intern. Med.* **2010**, *25*, 549–555. [CrossRef]
35. Majhail, N.; Nayyar, S.; Santibanez, M. Racial disparities in hematopoietic cell transplantation in the United States. *Bone Marrow Transplant.* **2012**, *47*, 1385–1390. [CrossRef] [PubMed]
36. LaVeist, T.; Pollack, K.; Thorpe, R.; Fesahazion, R.; Gaskin, D. Place, not race: Disparities Dissipate in Southwest Baltimore When Blacks and Whites Live under Similar. *Health Aff.* **2011**, *30*, 1880–1887. [CrossRef] [PubMed]
37. Gerend, M.A.; Manacy, P. Social Determinants of Black-White Disparities in Breast Cancer Mortality: A Review. *Cancer Epidemiol. Biomark. Prev.* **2008**, *17*, 2913–2923. [CrossRef] [PubMed]
38. Trivedi, A.N.; Grebla, R.C.; Wright, S.M.; Washington, D.L. Despite improved quality of care in the Veterans Affairs health system, racial disparity persists for important clinical outcomes. *Health Aff.* **2011**, *30*, 707–715. [CrossRef] [PubMed]
39. Arguelles Enriquez, E.; Lomelí Carrillo, U. *Análisis Espacial de la Desigualdad Social (Spatial Analysis of Social Inequality)*; Repositorio Institucional Universidad Autónoma de México: Mexico City, Mexico, 2017.
40. Quiñones Sánchez, L. (Ed.) *Plan Especial de Salvaguardia de los Saberes Asociados a la Partería Afro del Pacífico*; Ministerio de Cultura: Bogotá, Colombia, 2014.

41. Valdivia, N. *El uso de Categorías ÉtnicoRaciales en Censos y Encuestas en el Perú: Balance y Aportes para una Discusión*; Documento de Investigación; GRADE: Lima, Peru, 2011.
42. OPS/OMS; Isfeld, H. *Los Homicidios en el Brasil: Un Análisis de Género y Diversidad*. Washington: Estudios de caso en Género y Salud; Publicaciones Sobre Género y Diversidad Cultural; OPS/OMS: Washington, DC, USA, 2010.



© 2020 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

5.DISCUSIÓN

El presente estudio ha permitido analizar en profundidad los diferentes aspectos vinculados a la discriminación en el acceso y calidad de la atención en salud del colectivo de afrodescendientes en las Américas. Se han identificado y analizado los artículos y documentos técnicos que abordan este tema, así como sus causas principales y posibles soluciones, aportadas éstas por un grupo de informantes clave constituido por actores sociales, institucionales y académicos con experiencia en la materia.

Los resultados que se presentan en esta tesis contribuyen a la construcción de un marco teórico basado en evidencias para apoyar la toma de decisiones sobre intervenciones políticas, programas, planes y protocolos técnicos de salud con el objetivo de eliminar o reducir las desigualdades que enfrentan las personas de ascendencia africana. Todo ello, de manera compatible con el compromiso de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de “no dejar a nadie atrás” (50).

5.1. Hallazgos generales

Este trabajo ha permitido visibilizar cómo desde las políticas públicas es posible estudiar y dar respuesta a los vínculos entre los resultados negativos de salud y el racismo: la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia racial. En este sentido, la Política Nacional de Atención Integral de Salud de la población negra en la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo entre 2003 y 2010 es un referente (51).

En ella, tras analizarse las estrategias y errores cometidos, se incluyó el racismo como determinante social de la salud en la agenda política. Esto facilitó la toma de conciencia por los profesionales y sociedad civil y la inclusión de la raza/color de piel en los sistemas de información, siendo conscientes de la necesidad de invertir en indicadores de evaluación y renovación del aprendizaje para la retroalimentación de la política (52). Sin embargo, nuestro estudio reveló que no ocurre lo mismo en la mayoría de los países del entorno, los cuales no incluyen mecanismos específicos que garanticen el acceso a los servicios de salud.

Nuestros resultados confirman lo propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que reconoció la necesidad de un compromiso político y un marco estratégico consensuado para avanzar hacia la equidad en salud, elaborando la primera política sobre etnicidad y salud para las Américas. Esta fue aprobada de forma unánime por todos los ministerios de salud en septiembre de 2017 durante la 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana (53).

5.2. Avances en etnicidad y salud en la región

Primera política sobre etnicidad y salud

Los resultados de nuestro primer objetivo reflejan cómo la OPS se constituye en la primera entidad en impulsar una política sobre etnicidad y salud para los ministerios de salud de toda la región que incorpore la perspectiva de los distintos grupos étnicos, incluyendo por primera vez a la población afrodescendiente. El análisis del complejo proceso de elaboración de esa política regional, aprobada en 2017, como una de las contribuciones a la equidad en salud, se incluye entre los hallazgos del primer objetivo. Por primera vez, un documento de esta naturaleza responde a las necesidades de estas poblaciones desde su propia cosmovisión y se constituye basándose en un proceso inclusivo de consulta con actores y poblaciones clave (14).

Esa política indica que los afrodescendientes, al igual los miembros de otros grupos étnicos que también habitan en la región de las Américas, se enfrentan, en muchas ocasiones, a situaciones de discriminación y exclusión. Ello trae como consecuencia la violación de sus derechos fundamentales, unas peores condiciones de vida y, por ende, peores resultados en salud. Asimismo, se refleja también que, a pesar de las limitaciones en la recolección de datos, la información disponible pone de manifiesto las inequidades existentes con respecto a la población general.

Líneas estratégicas para la cooperación técnica

Los hallazgos de nuestro primer resultado visibilizan cómo, con la aprobación por los ministerios de salud de esa primera política sobre etnicidad y salud durante la 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana (2017), la OPS se ha convertido en un referente a nivel mundial (54).

Está alineada con importantes compromisos globales, incluida la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y refleja la necesidad de dar un enfoque intercultural a los servicios de salud para mejorar las condiciones de salud de los distintos grupos étnicos, teniendo presente que estos presentan resultados de salud más desfavorables que el resto de la población (55).

A través de consultas nacionales, subregionales y regionales, los distintos grupos étnicos participaron en el proceso de construcción y quedaron establecidas las prioridades para la cooperación técnica en materia de etnicidad y salud que se definen a continuación y que están detallados en los hallazgos de nuestro primer objetivo.

En primer lugar, hay que destacar que la información sobre la salud específica del colectivo estudiado es escasa o no representativa y constituye un reto mejorar esa invisibilidad. Hemos constatado que los sistemas de información no recogen suficientemente la variable etnicidad, por distintos motivos, y esto, a su vez, constituye una violación innegable de los derechos fundamentales de estas poblaciones. Por ello, una limitante importante es el no disponer de datos desagregados que permitan contar con un diagnóstico preciso sobre la situación de salud de estas poblaciones para que puedan orientar la elaboración de políticas públicas basadas en la evidencia (56). A pesar de los esfuerzos en los contextos nacionales para desagregar los datos por origen étnico, los mecanismos empleados no se han implementado de forma sistemática y existen distintas formas de identificar la etnicidad en los censos, los registros de salud y las encuestas (22).

Los resultados de nuestro primer objetivo sobre la generación de evidencia se contrastan con los hallazgos de los otros dos objetivos. Estos también han permitido abordar la situación de la visibilidad estadística de la morbilidad y mortalidad de la población afrodescendiente ya identificados anteriormente. Se han evidenciado problemas en el uso de la variable étnica y se ha reconocido la importancia de mejorar la calidad de los datos sobre dicha variable en los censos, encuestas y registros continuos (57,58) y aplicarlos para generar evidencias de las disparidades étnicas en salud al realizar la georreferenciación de la segregación racial y de la discriminación étnica (59,60)

Íntimamente vinculado con este tema de la visibilidad se identificó también la necesidad de precisar el concepto étnico racial en al menos dos sentidos: por un lado, como un concepto que permite verificar actuaciones racistas en los servicios de salud; y por otro, su uso en los sistemas de recogida de información. Al respecto, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) plantea que las nociones de “raza” y “etnicidad” han permitido sentar las bases para la autoidentificación de estas poblaciones en los censos y encuestas, además de servir como plataforma conceptual para movilizar los procesos de identidad política de los afrodescendientes. Si bien se reconoce una mejoría de los datos, aún se perciben debilidades y limitaciones, generando una invisibilidad estadística (61).

También hemos constatado, a partir de nuestro primer objetivo, la importancia de que se incorporen en las políticas de salud las prácticas y los conocimientos de los distintos grupos para que se transformen en políticas de salud interculturales. Es por ello por lo que otra línea priorizada para la cooperación técnica lo constituye el impulso de las políticas de salud que incorporen los elementos necesarios para responder a las necesidades de los distintos grupos étnicos desde sus cosmovisiones.

Los resultados del objetivo primero también han puesto de manifiesto la importancia de la participación social y las alianzas estratégicas con los distintos grupos étnicos, incluida la población afrodescendiente, al abordar su situación de salud. En ese sentido, se destaca la necesaria coordinación entre las autoridades del sector salud, las organizaciones locales y la población en general para que puedan implementarse acciones que contribuyan a la equidad y la igualdad. El derecho a la consulta sobre cualquier información que tenga que ver con su salud es especialmente relevante para garantizar intervenciones no impuestas, sino consensuadas por ambas partes y que representen las prioridades que estas poblaciones consideren relevantes conforme a sus modos de vida y cosmovisiones.

Los tres objetivos de nuestro trabajo coinciden en la importancia de promover los modelos interculturales de salud a través, entre otros, de diálogos de saberes, para lograr la atención centrada en las personas, las comunidades y sus necesidades. Para tal propósito,

los contextos nacionales han de tener en cuenta las distintas cosmovisiones de los grupos, según sea aplicable. Aprovechar la contribución posible de la medicina tradicional y complementaria para la salud, el bienestar y la atención de salud centrada en la persona es uno de los objetivos de la Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014 – 2023 (62). Para algunas comunidades afrodescendientes que se encuentran ubicadas en zonas rurales y especialmente entre aquellas que llevan ocupando el territorio por varias décadas, la medicina tradicional y los conocimientos ancestrales juegan un papel fundamental. La ausencia de los servicios de salud se sustituye o complementa por chamanes, curanderos, parteras y matronas informales (13).

A partir de los resultados de nuestro primer objetivo, se ha constatado la relevancia de impulsar esfuerzos que doten al personal de salud que trabaja con las poblaciones afrodescendientes de capacidades para que puedan convertirse en facilitadores interculturales y generadores de condiciones para los diálogos de saberes. La capacitación como una línea de cooperación técnica también promueve la inclusión de la interculturalidad en el diseño curricular de las carreras técnicas y profesionales del ámbito de la salud. Además, se fomenta la representatividad en los sistemas de salud de personas pertenecientes a los distintos grupos étnicos, para asegurar que la atención de salud sea culturalmente pertinente (17,26,63).

Con la aprobación de la política sobre etnicidad y salud, como se deriva a partir del objetivo primero de nuestro trabajo, se fortalece el esfuerzo para mejorar la salud de los distintos grupos étnicos y lograr la equidad en salud. Además, se contribuye a la mejora del acceso a servicios de calidad por parte de los distintos grupos, al fortalecimiento de capacidades para contar con datos confiables y de calidad y a que se garantice la participación de los grupos étnicos en todos estos procesos (63).

Los Estados, por su parte, al comprometerse desde un punto de vista político han manifestado su compromiso a que todas las personas accedan a servicios de salud de calidad, oportunos y adecuados, sin ningún tipo de discriminación.

Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud (2019-2025)

Como resultado de nuestro primer objetivo, identificamos una importante iniciativa para abordar la etnicidad y salud. Tras la aprobación de la primera política, los Estados miembros de la OPS se vuelven a comprometer a mejorar la situación de salud de estas poblaciones con la aprobación, en 2019, de una estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud (2019-2025). Ello refleja otro importante logro de los países de la región, al comprometerse a reportar sobre los avances en materia de salud intercultural. Cabe destacar que, a pesar de los esfuerzos que se han dado, las relaciones de poder desiguales han dado lugar a que los miembros de ciertos grupos étnicos sigan experimentando discriminación y exclusión. Esto ha tenido como consecuencia el que se hayan producido inequidades y situaciones de injusticia social. La evidencia ha puesto de manifiesto cómo el racismo en las instituciones puede ser una de las manifestaciones de discriminación y marginalización por razón de pertenencia étnica, que se une a otros determinantes estructurales, como el género, desencadenando inequidades en salud en una región que precisamente se caracteriza por su riqueza étnica y cultural (63).

A pesar de los avances realizados, es muy importante que en los contextos nacionales se cuente con evidencia cuantitativa y cualitativa sobre las desigualdades en salud para la población afrodescendiente. Para ello, como se deriva de los hallazgos de nuestro primer objetivo, han de abordarse además los determinantes sociales de la salud, de manera que se contribuya al logro progresivo del acceso universal a la salud y la cobertura universal a la salud.

Determinantes sociales de la salud y abordaje intercultural

A partir de los resultados del segundo y tercer objetivos, también se ha constatado la necesidad de abordar el desafío de adoptar un enfoque intercultural en el contexto de los determinantes sociales de la salud, considerando, además, las desigualdades étnicas y de género que interactúan entre sí, las diferencias en el acceso a la salud a lo largo del curso de vida, así como la promoción y el respeto de los derechos individuales y colectivos (14).

Precisamente, el concepto de lo étnico, a partir de los resultados de nuestro primer objetivo, se aborda desde una doble dimensión. Por un lado, desde la óptica de los determinantes sociales de la salud, teniendo en cuenta las situaciones de exclusión social y económica a las que se enfrentan ciertos grupos y que tienen limitaciones en las oportunidades y capacidades a lo largo de sus vidas. Por otro lado, se contempla la etnicidad desde las diferencias culturales, para lo cual se requieren abordajes focalizados en los distintos grupos poblacionales y sus necesidades. Además, se reconoce el valor de la cultura y sus implicaciones también para la salud. Al promover un enfoque intercultural en salud se pretende que se generen espacios comunicacionales y de diálogo entre las distintas culturas para, por un lado, fortalecer a los pueblos y comunidades históricamente excluidos y, por otro, sensibilizar a los pueblos que se encuentran en una situación de privilegio.

Como resultado de nuestro segundo objetivo, se constata que la investigación cuantitativa se ha centrado fundamentalmente en los determinantes sociales de la salud, factores de riesgo, y resultados de salud desde el punto de vista clínico y epidemiológico. Algunos estudios destacaron la necesidad de realizar investigaciones sobre los mecanismos mediante los cuales la pobreza, la injusticia social y los factores étnicos y culturales actúan como barreras para contribuir a la generación y perpetuación de desigualdades, especialmente en lo que respecta a resultados (64).

Esta necesidad fue precisamente la que nos llevó a trabajar en un tercer objetivo de tipo cualitativo, entrevistando como actores clave a líderes afrodescendientes, expertos en etnicidad y salud y funcionarios de los ministerios de salud responsables en el tema, para profundizar en las acciones y mecanismos discriminatorios que afectan el acceso y uso de servicios de salud con calidad, llevando a las desigualdades étnicas en salud de manera interseccional con otras variables, como clase social y género. Los resultados de este tercer objetivo se han contrastado con los obtenidos en el segundo y específicamente en cómo las personas de ascendencia africana se encuentran en desventaja para acceder a servicios de prevención, atención, hospitalizaciones, uso de terapias innovadoras o alta tecnología en salud.

La información obtenida de los expertos, como informantes clave, nos ha permitido plantear discusiones necesarias, sobre cómo la organización política y la reivindicación de los derechos sociales, económicos y culturales son instrumentos útiles para eliminar el racismo y la discriminación. También se proporcionan elementos para una mejor comprensión del impacto positivo de la capacidad organizativa de las comunidades afrodescendientes en sus territorios, con base en su identidad étnica. Algunos autores para este hecho han propuesto el concepto de “lugar y efecto” (65). Lo anterior es reforzado por evidencia acerca de cómo la práctica de la medicina tradicional y la partería en comunidades afrodescendientes generan situaciones que aportan a disminuir las disparidades étnicas en salud. Esto contribuye además a reconocer lo expuesto anteriormente sobre la necesidad de adoptar enfoques interculturales en salud y a usar herramientas como los diálogos de saberes para llegar a entendimientos mutuos entre dos culturas, basados en una relación de igualdad y respeto.

Los resultados del tercer objetivo también permiten visibilizar cómo el ser afrodescendiente determina las condiciones sociales y ocupacionales que afectan la salud, asignando especial importancia para las desigualdades étnicas la movilidad laboral (66) y la migración (67).

Discriminación racial y calidad de la atención

El aporte a la tesis del estudio cualitativo al entrevistar a actores claves sociales, institucionales y académicos, se da al contrastar las posturas de dichos actores, permitiendo el análisis en mayor profundidad acerca de cómo se da la discriminación racial, estructural y funcional, en el acceso y calidad de la atención en salud del colectivo de afrodescendientes en las Américas.

Los hallazgos del tercer objetivo aclaran el significado de discriminación y segregación racial propuestos por la OMS (33) y desde la posición conjunta adoptada por la OPS. Se identifica un consenso en los entrevistados desde sus diferentes roles, acerca de la existencia en todos los países de la región de discriminación racial con efectos en el acceso a los servicios y la calidad de la atención de salud.

En estudios realizados en los Estados Unidos se ha visto que los trabajadores de la salud no toman en serio las quejas médicas de

los afrodescendientes y que la desconfianza médica puede ser una consecuencia de la segregación (68). Además, los afroamericanos/negros tienen una menor probabilidad de encontrar un donante no relacionado (69). Todo ello llevó a afirmar que mejorar la calidad y reducir las disparidades raciales y étnicas de la atención médica son dos desafíos importantes y relacionados de la atención médica en Estados Unidos (64,70,71).

Los resultados del tercer objetivo también han puesto de manifiesto la variable geográfica ante la situación de la población afrodescendiente que habita en zonas alejadas donde la atención de salud es más precaria. Estos resultados coinciden con un estudio realizado en México donde se estableció un patrón geográfico de distribución del índice de marginación y la población afromexicana que dista de ser aleatoria (72). En Bogotá, Colombia, se ha constatado que la variable geográfica es fuente de segregación residencial con discriminación respecto al uso de servicios de salud reproductiva (73).

Las entrevistas realizadas en el tercer objetivo ponen de manifiesto la situación de madres solteras que acuden a las clínicas solas, y reciben la discriminación y el maltrato de los médicos y otras personas que trabajan en los centros de salud. Se plantea como posible solución valorar la medicina tradicional de la población afrodescendiente, generando un diálogo con la medicina convencional. Asimismo, el trabajo coordinado con líderes comunitarios a nivel local puede constituir un avance para superar la discriminación y disminuir las brechas en salud desde la interculturalidad.

5.3. Contribuciones de la Medicina Tradicional

A partir de los hallazgos identificados en los tres objetivos se ha podido evidenciar la importancia de la medicina tradicional para la población afrodescendiente. Para abordar el tema, se trabaja con el concepto de medicina tradicional (MT) como la suma de conocimientos, técnicas y prácticas fundamentadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, y que se utilizan para mantener la salud, tanto física como mental (74).

Los hallazgos de nuestro segundo objetivo han puesto de manifiesto la importancia de la atención a las mujeres durante el embarazo y el parto a través de las parteras tradicionales. Esto se complementa con los resultados de nuestro tercer objetivo, donde los expertos entrevistados mencionaron la medicina tradicional y su potencialidad para ayudar a lograr un mayor acceso de atención en salud. Ello se debe a la disponibilidad de esta en las áreas donde las instituciones no tienen presencia, por la aceptabilidad que tiene en las personas, así como por el buen trato y la pertinencia cultural para estas poblaciones. Además, por establecer en muchas ocasiones, relaciones de complementariedad con la medicina oficial. Por ejemplo, los expertos en interculturalidad concluyeron que, aunque no hay estudios suficientes, se ha observado que el trabajo con medicina tradicional permitiría colaborar con estas poblaciones y sería un factor fundamental para garantizar el acceso universal de estas poblaciones a la salud. También destacan cómo algunas investigaciones, sobre todo en comunidades rurales, han venido trabajando la necesidad de recuperar los conocimientos medicinales que tienen las comunidades afrodescendientes, principalmente sobre la partería tradicional y sobre el uso de plantas para atender las necesidades de salud que afectan mayoritariamente a estas poblaciones.

Los líderes afrodescendientes, por su parte, consideran la medicina tradicional y el uso de plantas como una contribución a la disminución de barreras y al fortalecimiento de las acciones de la medicina convencional. Concluyen que podrían generarse iniciativas que permitan disminuir las brechas que existen, donde se valore la medicina tradicional de la población afrodescendiente y se genere un diálogo con la medicina convencional que pueda mejorar las condiciones de salud de este grupo.

Los líderes afrodescendientes suelen actuar de mediadores entre las prácticas estatales de atención en salud y las formas comunitarias, facilitando acercar las demandas de lo comunitario a lo estatal. Un ejemplo es el Plan Especial de Salvaguardia de los saberes asociados a la partería de las comunidades afrodescendientes del Pacífico colombiano. Las parteras han dado a conocer cómo en muchas ocasiones son ellas las que envían a la mujer embarazada o a los enfermos al médico y la respuesta es la represión a estas personas por haber acudido al servicio de una partera (73).

Rescatar y compatibilizar la medicina tradicional, el cuidado del cuerpo y el uso de plantas pueden fortalecer las formas occidentales de cuidar la salud, tanto en afrodescendientes como en no afrodescendientes. La literatura también nos ha referido a experiencias en las que los diálogos interculturales constituyen una estrategia que complementa a la medicina tradicional. Es el caso, por ejemplo, del trabajo que se ha desarrollado en comunidades afrocaucanas de Colombia en salud materno infantil (75).

5.4. Abordaje de las desigualdades étnicas desde la interculturalidad

Finalmente, es relevante hacer referencia a cómo los hallazgos del tercer objetivo también han brindado importantes consideraciones sobre la interculturalidad en salud, concepto clave para atender las necesidades de la población afrodescendiente, así como de otros grupos étnicos. La interculturalidad implica una relación entre los conocimientos y prácticas culturales diferentes en relación con los procesos salud-enfermedad. A pesar de las desventajas a las que se enfrenten estos grupos con respecto a los servicios de salud, es importante tener presente que los servicios occidentales en muchas ocasiones no son espacios apropiados para el cuidado de sus necesidades. Además, las prácticas tradicionales se han visto amenazadas por el conocimiento occidental que ha imperado durante mucho tiempo (76,77).

Los servicios de salud han de ser pertinentes culturalmente y, como ya se mencionaba, en muchas ocasiones, los servicios de salud occidentales no son espacios apropiados para el cuidado de las necesidades y el bienestar de estos grupos. Algunos de los temas mencionados por los entrevistados para la mejora de la salud de la población afrodescendiente incluyen la medicina tradicional y ancestral y su articulación con la medicina occidental, las adecuaciones culturales de los servicios de salud y las capacitaciones en salud intercultural al personal de salud que trabaja con la población afrodescendiente. Además, se han referido a la importancia de trabajar directamente con los líderes y lideresas afrodescendientes de manera que se tengan presente sus cosmovisiones y propios entendimientos de la salud.

Los diálogos de saberes como herramienta clave para abordar las inequidades étnicas

Una de las herramientas con las que se trabaja para hacer frente a las inequidades étnicas y que ha sido destacada por los expertos en interculturalidad son los diálogos de saberes, también denominados diálogos interculturales. Asimismo, la política sobre etnicidad y salud y las consideraciones expuestas anteriormente sobre la COVID-19 y los grupos étnicos, también se refieren a los diálogos de saberes.

Los diálogos de saberes son procesos de comunicación e intercambio entre individuos y grupos que provienen de diferentes orígenes o culturas. Una condición necesaria para el diálogo de saberes es la revalorización y la promoción de los conocimientos, las prácticas y las expresiones culturales tradicionales a través de los mecanismos de transmisión propios de cada cultura. Esto debe tenerse en cuenta no sólo en relación con la atención a la enfermedad, sino también con la promoción de la salud y el acompañamiento de la muerte (14).

Los entrevistados hicieron referencia a la importancia de los diálogos que parten del reconocimiento de que lo verdadero y lo valioso no es sólo fruto de la ciencia, sino del conocimiento surgido de la experiencia que, generación a generación, se acumula en la sabiduría popular. El saber popular es un conocimiento social que se basa en la observación espontánea y se transmite como legado cultural.

En este sentido, el diálogo de saberes es una forma alternativa al modelo educativo tradicional, que se basa en la fórmula capacitador/capacitado, donde el primero tiene la verdad y el segundo es un receptáculo vacío o erróneo. Para que se dé el diálogo de saberes se requiere un intercambio horizontal, de tal forma que en ese espacio se propicie un flujo intercultural democrático entre las partes. El diálogo no funciona si hay desconfianza o prejuicios. Requiere apertura para escuchar y entender y eso sólo se logra entre pares. Supone el respeto mutuo y la transparencia. Es, en el fondo, una acción comunicativa avanzada.

Para el trabajo con los grupos étnicos y, entre ellos, con la población afrodescendiente, es importante promover las competencias interculturales en salud, las cuales se entienden como la habilidad

y capacidad para interactuar y negociar con grupos culturalmente diversos, comunicándose de una forma respetuosa y eficaz, de acuerdo a las múltiples identidades de los participantes y/o usuarios, fomentado actitudes de respeto, tolerancia, diálogo y enriquecimiento mutuo, constatando que la verdad es plural y relativa y que la diversidad puede ser fuente de riqueza (26).

El enfoque intercultural que se promueve contribuye, entre otros, a eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud y a mejorar los resultados de salud de la población afrodescendiente, teniendo en cuenta sus cosmovisiones y necesidades.

A partir de los resultados de nuestros tres objetivos se constata cómo la región de las Américas se convierte en la primera región de la OMS en dar respuesta a la necesidad de adoptar un abordaje intercultural, en el contexto de los determinantes sociales de la salud, y que, al mismo tiempo, considere otros aspectos clave, como las desigualdades de género, el respeto a los derechos (individuales y colectivos) y el acceso a la salud a lo largo del curso de vida. Desde los contextos nacionales, como muy bien han puesto de manifiesto las personas entrevistadas, para implementar políticas nacionales basadas en la interculturalidad, se requiere contar, entre otros, con presupuesto para poder llevar adelante el monitoreo, evaluación y rendición de cuentas de dichas políticas.

5.5. Limitaciones

Entre las limitaciones del estudio nos encontramos con una falta de consenso respecto a la terminología usada, motivada por una diversidad conceptual para esta temática. Por ello, se han tomado como referentes las realidades conceptuales trabajadas por la OPS en el tema de etnicidad y salud, por ser esta Oficina un ejemplo a nivel mundial en la temática que, además, se vincula a los marcos regionales e internacionales del sistema de Naciones Unidas (14). Además, porque el proceso de elaboración de la política impulsada por la OPS llegó a la conclusión de que el debate sobre las diferencias conceptuales estaba lejos de cerrarse y, por ello, se adoptaba un marco regional que se adaptaría a cada contexto nacional.

Es importante hacer referencia a las complejidades que presentan conceptos y categorías como raza, etnicidad, etnia, pueblos, entre otros. En este trabajo de investigación se identificó la precisión del concepto étnico-racial, a lo que ya se hizo referencia anteriormente y cómo ha contribuido de manera importante al tema de la autoidentificación para la población afrodescendiente.

En la revisión sistemática exploratoria, la principal limitación desde la perspectiva de la salud pública es contar con un protocolo para realizar revisiones sistemáticas con criterios con capacidad de articular en la búsqueda la interdisciplinariedad con otras disciplinas científicas, como la sociología, la economía y la antropología, para abordar temas como las desigualdades étnicas en salud.

Con relación al estudio cualitativo con actores clave sociales, institucionales y académicos, para hacer estudios en extensión y que permita niveles importantes de profundidad, se encontró la dificultad de trabajar a nivel regional para las Américas, dadas las diferencias entre los países en términos de su población, de la capacidad organizativa de los afrodescendientes, de los enfoques de política pública en salud y etnicidad, entre otros. De ahí que tuvieron que seleccionarse países específicos que cuentan con población afrodescendiente representativa.

Se destacan también desafíos con respecto a la selección de las personas entrevistadas. En cuanto a las entrevistas a líderes y lideresas afrodescendientes, es necesario conocer las complejas estructuras de la región para poder identificar a representantes y organizaciones clave que ofrezcan posicionamientos representativos y, en muchos casos, distintos. Además, los líderes y lideresas identificados pertenecen a organizaciones o comunidades donde se hace necesario respetar las estructuras organizativas y las delegaciones internas para sus nominaciones toman tiempo, lo cual puede demorar el proceso y la dinámica. En este trabajo nos aseguramos de incluir la perspectiva de género, así como la de curso de vida.

Con respecto a las entrevistas a representantes de instituciones, hay que tener presente que en algunos casos es necesario contar con la participación de otros ministerios, aparte de los de salud, que trabajan

la interculturalidad y/o entidades clave. Por ejemplo, los ministerios de cultura. Igualmente, es fundamental conocer e incluir el trabajo de otros mecanismos de salud, como los subregionales, que también pueden tener avances importantes en el área de interculturalidad y afrodescendencia.

Otro desafío planteado por la tesis es el uso de los elementos aportados en este trabajo para, a futuro, elaborar diseños de investigación usando métodos mixtos, que combinen lo cuantitativo para dimensionar la gravedad e impacto de las desigualdades étnicas en salud y lo cualitativo para aflorar causas ocultas o comprender por qué se producen, desde qué tipo de relaciones socioculturales y a través de qué mecanismos ocurren dichas desigualdades.

Además de las disciplinas mencionadas anteriormente, el tema que nos ocupa requiere conocimientos en áreas que escapan del sector salud, incluyendo nociones complejas vinculadas al área de derechos humanos y el derecho internacional, sobre todo con respecto al racismo, la discriminación y los consensos en los que estos temas se contextualizan. Es necesario contar con conocimientos en interculturalidad y salud intercultural, donde las prácticas en muchas ocasiones no están documentadas y puede hacerse difícil poder incluir ejemplos representativos de buenas prácticas que están implementándose para la población afrodescendiente. En este sentido, hay que tener presente que la falta de confianza desde la medicina occidental hacia la medicina ancestral y tradicional podría, además, desviar los procesos de investigación a posicionamientos paternalistas si no se comprende la importancia, de, entre otros, trabajar desde la interculturalidad.

5.6. Posibles líneas de investigación futura

De todo lo expuesto, se pueden derivar diferentes propuestas de estudios para contribuir a la equidad en salud desde las desigualdades que vive la población afrodescendiente de las Américas.

Algunos estudios podrían centrarse en comparar cómo se ha incluido la variable étnica en encuestas, censos y registros entre los distintos países de la región. Ello teniendo en cuenta que esta inclusión no se ha hecho de forma homogénea como se explicó anteriormente.

Asimismo, teniendo en cuenta la importancia de contar con datos confiables y representativos de la situación de salud de la población afrodescendiente, otra línea de trabajo se centraría en continuar generando evidencia sobre las condiciones de salud del colectivo afrodescendiente y sus determinantes para la región, especialmente en aquellos países que cuentan con menos datos sobre la situación de salud de la población afrodescendiente.

Nuestro trabajo evidencia la contribución de la salud intercultural para hacer frente a las inequidades étnicas. Si bien es cierto que se dan iniciativas en la región sobre los aportes que esta área tiene para hacer frente a las desigualdades en salud, esas prácticas no se conocen lo suficiente. Por ello se sugiere como otra línea de trabajo a futuro, el documentar las contribuciones de la salud intercultural para hacer frente a las inequidades étnicas. En conexión con esta área de investigación, se incluiría también la contribución de la medicina tradicional y ancestral para la población afrodescendiente. Los mismos líderes y expertos en salud afrodescendiente han reconocido la necesidad de ampliar el intercambio de buenas prácticas entre países que usan la medicina tradicional y/o ancestral para estas poblaciones y que la regulan de forma oficial. También, si bien es cierto que en varios países se han incorporado políticas de salud intercultural, aun se evidencian importantes desafíos para lograr la adopción efectiva de iniciativas que integren las ventajas y contribuciones de los saberes y prácticas tradicionales que provienen de las culturas afrodescendientes.

Por otro lado, la necesidad de fortalecer las respuestas diferenciales en salud para la población afrodescendiente invita también a explorar como otra posible área de trabajo el análisis sobre los modelos de atención en salud en territorios donde habita la población afrodescendiente.

Finalmente, como los tres objetivos han puesto de manifiesto, es importante impulsar las capacidades necesarias, tanto a nivel político como a nivel técnico para el personal de salud y de ministerios que trabajan con grupos étnicos y, en particular, con la población afrodescendiente. En este sentido, podrían impulsarse capacitaciones y cursos en las carreras de salud que incluyan el componente de salud intercultural.

6. CONCLUSIONES

1. La región de las Américas, con la aprobación de la primera política sobre etnicidad y salud en 2017, se ha convertido en la primera región de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en dar respuesta a la necesidad de adoptar un abordaje intercultural, en el contexto de los determinantes sociales, para mejorar la situación de salud de la población afrodescendiente y de otros grupos étnicos.
2. A pesar de los esfuerzos y compromisos regionales, no se ha avanzado de la misma manera en los distintos países. La información disponible sobre la situación de salud de la población afrodescendiente, a pesar de ser escasa y en muchos casos no representativa, muestra las inequidades étnicas con respecto a otros grupos poblacionales y ha provocado la reflexión sobre el vínculo entre la discriminación racial y la calidad de los servicios que esta recibe.
3. Se constata que la discriminación racial está presente en los servicios de salud, y en la no disponibilidad de estos servicios en los lugares donde habitan los afrodescendientes, tanto en áreas urbanas como rurales. Esta segregación espacial se asocia, además, con la clase social, las desigualdades de género y otras condiciones que configuran barreras de acceso y problemas en la calidad de la atención en salud.
4. Se evidencia la subvaloración que se les da a las personas afrodescendientes al momento de brindar los servicios de salud, la estigmatización que sufren frente a algunos tipos de padecimientos y los problemas asociados a la calidad de los servicios. Estas situaciones de desigualdad podrían haber influido en el contexto de pandemia por COVID-19 que se vive desde el 2020.
5. Los líderes afrodescendientes suelen actuar de mediadores entre las prácticas estatales de atención en salud y las formas comunitarias, facilitando acercar las demandas de lo

comunitario a lo estatal. Se incide en la necesidad de continuar impulsando abordajes interculturales y de involucrar a los líderes afrodescendientes en cualquier asunto relacionado con su salud y bienestar.

6. Un tema pendiente para los países es mejorar la gestión de la información en salud, incluyendo la necesaria sobre discriminación racial, a través de los sistemas de garantía de la calidad de los servicios de salud, para hacer monitoreo, evaluación, rendición de cuentas y planes de mejoramiento.
7. Los resultados revelan la necesidad de un compromiso político y un marco estratégico consensuado para avanzar hacia la equidad en salud.
8. Futuros esfuerzos podrían centrarse en la inclusión de variables específicas en encuestas, censos y registros que permitan su investigación; el desarrollo de capacidades en salud intercultural; así como el análisis de las contribuciones de la medicina tradicional y de los diálogos de saberes (o diálogos interculturales) para la población afrodescendiente. Asimismo, es importante expandir el trabajo con expertos de otras disciplinas, además del sector salud, que tienen trabajo relevante en etnicidad.

7. REFERENCIAS

1. Bobbio N. Igualdad y desigualdad. En: Derecha e izquierda: razones y significados de una distinción política. Madrid: Taurus; 1995. p. 135-52.
2. Ruiz-Frutos C, García-García AM, Delclòs-Clanchet G, Ronda-Pérez E, García-Benavides F. La salud y sus determinantes. En: Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. 4ª Edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2013.
3. Doll R. Health and the environment in the 1990s. Am J Public Health. julio de 1992;82(7):933.
4. Robles-González E, García-Benavides F, Bernabeu-Mestre J. La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. Rev Esp Salud Pública. 1996;70(2):221-33.
5. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la OMS: principios [Internet]. OMS. 2020 [citado 2 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/about/mission/es/>
6. 6. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Internet]. 2020 [citado 3 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
7. ONU: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general N° 14 (2000) : El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) [Internet]. E/C.12/2000/4 ago 11, 2000. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html>
8. World Health Organization. Life expectancy and Healthy life expectancy [Internet]. The Global Health Observatory (GHO). 2020 [citado 24 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/life-expectancy-and-healthy-life-expectancy>

9. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*. 2016;387(10017):462-74.
10. Hinojosa-Juarez AC, Mendieta-Zerón H, Vargas-Hernández JA. Breve Revisión de la Situación Mundial de Salud. 2019 [citado 13 de octubre de 2020]; Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/104519>
11. Organización Panamericana de la Salud. Equidad en Salud [Internet]. [citado 21 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5586:health-equity-egc&Itemid=0&lang=es
12. Oommen TK. Race, ethnicity and class: an analysis of interrelations. *Revista internacional de ciencias sociales*. 1994;139:83-93.
13. Torres-Parodi C, Bolis M. Evolución del concepto etnia/raza y su impacto en la formulación de políticas para la equidad. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2007 [citado 13 de octubre de 2020];22(6). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007001100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. Organización Panamericana de la Salud. Política sobre Etnicidad y Salud [Internet]. 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana; del 25 al 29 de septiembre de 2017; Washington DC. Washington DC; 2017 (documento CSP29/7, Rev. 1); [citado 14 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-es-9250&alias=42014-csp29-7-s-014&Itemid=270&lang=es
15. Calu J, Gatica G, Victora C, Barros A. Health Inequalities in People of African Descent in Latin America, 2000-2019. Brasil; 2020.
16. Torres C, Mújica OJ. Salud, equidad y los objetivos de desarrollo del milenio. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2004 [citado 13

- de octubre de 2020];15(6). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8218>
17. Organización Panamericana de la Salud. Política sobre Etnicidad y Salud [Internet]. Washington DC; 2017 [citado 4 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/politica-sobre-etnicidad-salud>
 18. Pan American Health Organization. Health in the Americas+: Summary: Regional Outlook and Country Profiles [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2017 [citado 15 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-English.pdf>
 19. Organización Panamericana de la Salud. Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen Ejecutivo del Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2018 p. 88. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49505>
 20. Organization of American States, Inter-American Commission on Human Rights. The situation of people of African descent in the Americas [Internet]. OEA Ser.L/V/II. Doc.62. Washington, D.C.: OAS, IACHR; 2011 [citado 21 de octubre de 2020]. 93 p. Disponible en: http://www.oas.org/en/iachr/afro-descendants/docs/pdf/AFROS_2011_ENG.pdf
 21. Declaración de la Conferencia Regional de las Américas. Consultas Informales del Comité Preparatorio para la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia. En Santiago de Chile, Chile; 2000. Disponible en: [https://www.oas.org/dil/2000%20Declaration%20of%20the%20Conference%20of%20the%20Americas%20\(Preparatory%20meeting%20for%20the%20Third%20World%20Conference%20against%20Racism,%20Racial%20Discrimination,%20Xenophobia%20and%20Related%20Intolerance\).pdf](https://www.oas.org/dil/2000%20Declaration%20of%20the%20Conference%20of%20the%20Americas%20(Preparatory%20meeting%20for%20the%20Third%20World%20Conference%20against%20Racism,%20Racial%20Discrimination,%20Xenophobia%20and%20Related%20Intolerance).pdf)

22. Htun M. Desventaja interseccional e inclusión política: Cómo lograr que un mayor número de mujeres afrodescendientes ocupe cargos de elección popular en América Latina [Internet]. BID; 2012. Disponible en: <https://centroderecursos.cultura.pe/es/registrobibliografico/desventaja-interseccional-e-inclusi%C3%B3n-pol%C3%ADtica-c%C3%B3mo-logar-que-un-mayor-n%C3%BAmero>
23. Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Mujeres afrodescendientes en América Latina y el Caribe: deudas de igualdad [Internet]. CEPAL; 2018 [citado 14 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org//handle/11362/43746>
24. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Juventud afrodescendiente en América Latina: realidades diversas y derechos (in)cumplidos [Internet]. Panamá: UNFPA/CEPAL; 2011 [citado 21 de octubre de 2020] p. 72. Disponible en: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/informe_afro.pdf
25. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF. Informe sobre equidad en salud 2016 [Internet]. Panamá: UNICEF; 2016 [citado 13 de octubre de 2020]. 161 p. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/381/file/Publication.pdf>
26. Almaguer-González JA, Vargas-Vite V, García-Ramírez HJ. Interculturalidad en salud: experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud [Internet]. 3a ed. Biblioteca Mexicana del Conocimiento - Programa Editorial del Gobierno de la República; 2014. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/docs/InterculturalidadSalud.pdf>
27. Central Intelligence Agency. The World Factbook 2018 [Internet]. CIA. [citado 13 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.cia.gov/library/publications/download/download-2018/index.html>

28. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para las Américas [Internet]. OMS. [citado 17 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/about/regions/amro/es/>
29. Agudelo C. Paradojas de la inclusión de los afrodescendientes y el giro multicultural en América Latina. Cuad Intercamb Sobre Centroamérica El Caribe. 2019;16(2):e37746-e37746.
30. Harvard Review of Latin America. Entramos Negros y Salimos Afrodescendientes...Y Aparecimos los Afrochilenos [Internet]. Harvard University. 2018 [citado 13 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://revista.drclas.harvard.edu/book/entramos-negros-y-salimos-afrodescendientes-y-aparecimos-los-afrochilenos-0>
31. Freire G, Díaz-Bonilla C, Schwartz-Orellana S, Soler-López J, Carbonar F. Afrodescendientes en Latinoamérica : Hacia un marco de inclusión [Internet]. Washington, DC: Banco Mundial; 2018. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/30201>
32. Organización de los Estados Americanos. Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas Conexas de Intolerancia [Internet]. 2013 [citado 17 de diciembre de 2020]. Disponible en: http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-68_racismo.asp
33. United Nations. World Conference Against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance - Declaration. En Durban, South Africa; 2001 [citado 14 de octubre de 2020]. p. 62. Disponible en: <https://www.un.org/WCAR/durban.pdf>
34. Naciones Unidas. Valores Universales, Principio Dos: No dejar a nadie atrás [Internet]. Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible. 2020 [citado 21 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/leave-no-one-behind>
35. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. En Montevideo,

- Uruguay; 2013. p. 28. Disponible en: <https://www.cepal.org/sites/default/files/pr/files/50700-2013-595-Consenso-Montevideo-PyD.pdf>
36. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal De Salud [Internet]. 53.º Consejo Directivo, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Resolución CD53.R14 2014 p. 5. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7652/CD53-R14-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
37. Naciones Unidas. Decenio Internacional para los Afrodescendientes 2015-2024, Antecedentes [Internet]. Naciones Unidas. 2020 [citado 13 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.un.org/es/observances/decade-people-african-descent/background>
38. Naciones Unidas. Programa de actividades del Decenio Internacional para los Afrodescendientes [Internet]. Asamblea General de las Naciones Unidas, 69º período de sesiones, Resolución A/RES/69/16 2014 p. 13. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/RES/69/16>
39. Naciones Unidas. Decenio Internacional para los Afrodescendientes 2015-2024 [Internet]. Naciones Unidas. 2020 [citado 13 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.un.org/es/observances/decade-people-african-descent>
40. Naciones Unidas. Conferencia de Examen de Durban, 20-24 de abril de 2009, Ginebra [Internet]. Naciones Unidas; 2009 [citado 4 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.un.org/es/durbanreview2009/>
41. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Decenio internacional para los Afrodescendientes (2015 - 2024) [Internet]. [citado 4 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://es.unesco.org/decade-people-african-descent/context>
42. Organización de Estados Americanos. Plan de Acción del Decenio de las y los Afrodescendientes en las Américas (2016-2025)

- [Internet]. Asamblea General de la OEA, 46° período de sesiones, Resolución AG/RES. 2891 (XLVI-O/16) 2016 p. 44. Disponible en: https://www.oas.org/es/sadye/documentos/PA_Afrodesc_ESP.pdf
43. Khunti K, Singh AK, Pareek M, Hanif W. Is ethnicity linked to incidence or outcomes of covid-19? *BMJ*. 2020;m1548.
44. Del Pino S, Camacho A. Consideraciones relativas a los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos durante la pandemia de la COVID-19 [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2020 [citado 13 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-relativas-pueblos-indigenas-afrodescendientes-otros-grupos-etnicos>
45. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. La Discriminación Racial en el Contexto de la Crisis del COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Racism/COVID-19_and_Racial_Discrimination_ES.pdf
46. United Nations. COVID-19 and Human Rights: We are all in this together [Internet]. UN; 2020 [citado 4 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-04/COVID-19-and-Human-Rights.pdf>
47. International Labour Organization. COVID-19 and the world of work [Internet]. 2020 [citado 4 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.ilo.org/global/topics/coronavirus/lang--en/index.htm>
48. Bauer GR. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Soc Sci Med*. 2014;110:10-7.
49. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/>

handle/10665.2/52955/OPSIMSFPLCOVID-19200021_spa.pdf?sequence=5

50. United Nations. Leaving no one behind: summary from UN Committee for Development Policy [Internet]. United Nations; 2018. Disponible en: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/2754713_July_PM_2_Leaving_no_one_behind_Summary_from_UN_Committee_for_Development_Policy.pdf
51. Portaria MS no. 992. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra [Internet]. Diário Oficial da União. Sec. 1 may 14, 2009 p. Pg. 31. Disponible en: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/660564/pg-31-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-14-05-2009>
52. Batista LE, Batista-Monteiro R, Araujo-Medeiros R. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. *Saúde Em Debate*. 2013;37(99):681-90.
53. Organización Panamericana de la Salud. Política sobre Etnicidad y Salud [Internet]. 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana; del 25 al 29 de septiembre de 2017; Washington DC, (documento CSP29/7, Rev.1) 2017. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-es-9250&alias=42014-csp29-7-s-014&Itemid=270&lang=es
54. Organización Panamericana de la Salud. 29^a Conferencia Sanitaria Panamericana. Países de las Américas se comprometen a mejorar la salud de los pueblos indígenas, afrodescendientes y romaníes [Internet]. OPS. 2017 [citado 5 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/26-9-2017-paises-americas-se-comprometen-mejorar-salud-pueblos-indigenas-afrodescendientes>
55. Naciones Unidas. La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Desarrollo Sostenible. 2015 [citado 5 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>

56. Banco Mundial. Latinoamérica indígena en el siglo XXI: primera década [Internet]. Washington, DC: Grupo Banco Mundial; 2015 [citado 14 de octubre de 2020] p. 120. Disponible en: <http://documents1.worldbank.org/curated/zh/541651467999959129/pdf/Latinoam%C3%A9rica-ind%C3%ADgena-en-el-siglo-XXI-primera-d%C3%A9cada.pdf>
57. Del Popolo F, Avila-Salinas M. Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas [Internet]. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL; 2006 [citado 14 de octubre de 2020] p. 595. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/4010-pueblos-indigenas-afrodescendientes-america-latina-caribe-informacion>
58. Landmann-Szwarcwald C, Macinko J. A panorama of health inequalities in Brazil. *Int J Equity Health*. 2016;15(1):174, s12939-016-0462-1.
59. Sanders AE, Lim S, Sohn W. Resilience to Urban Poverty: Theoretical and Empirical Considerations for Population Health. *Am J Public Health*. 2008;98(6):1101-6.
60. Villamizar-Santamaría SF. Desigualdades sociales, ¿inequidades espaciales? Análisis de la segregación sociorracial en Bogotá (2005-2011). *Rev Colomb Sociol*. 2015;38(2):67-92.
61. Antón J, Bello Á, Popolo F del, Paixão M, Rangel M, editores. Afrodescendientes en América Latina y el Caribe: del reconocimiento estadístico a la realización de derechos. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL; 2009. 106 p. (Serie población y desarrollo).
62. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Ginebra: OMS; 2013.
63. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025 [Internet]. 57.º Consejo Directivo, 71.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, CD57/13, Rev. 1 oct 3, 2019 p. 32. Disponible en:

<http://www.paho.org/es/publicaciones/estrategia-plan-accion-sobre-etnicidad-salud-2019-2025>

64. Gerend MA, Pai M. Social Determinants of Black-White Disparities in Breast Cancer Mortality: A Review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2008;17(11):2913-23.
65. Hoffmann O. De las “tres razas” al mestizaje: diversidad de las representaciones colectivas acerca de lo “negro” en México (Veracruz y Costa Chica). *Diario de Campo.* 2007;(42):98-109.
66. Barbary O, Estacio-Moreno A. Desigualdad sociorracial frente a la movilidad laboral en Cali: Algunos resultados del análisis de biografías socioprofesionales. En: *Pobreza, exclusión social y discriminación étnico - racial en América Latina y el Caribe.* Bogotá: Siglo del Hombre Editores ; CLACSO - CROP; 2008. p. 121-56.
67. Rojas-Pedemonte N, Amode N, Vásquez-Rencoret J. Racismo y matrices de “inclusión” de la migración haitiana en Chile: elementos conceptuales y contextuales para la discusión. *Polis Rev Latinoam* [Internet]. 2015 [citado 6 de diciembre de 2020];14(42). Disponible en: <https://polis.ulagos.cl/index.php/polis/article/view/1167>
68. Shelton RC, Winkel G, Davis SN, Roberts N, Valdimarsdottir H, Hall SJ, et al. Validation of the Group-Based Medical Mistrust Scale Among Urban Black Men. *J Gen Intern Med.* 2010;25(6):549-55.
69. Majhail NS, Nayyar S, Santibañez MEB, Murphy EA, Denzen EM. Racial disparities in hematopoietic cell transplantation in the United States. *Bone Marrow Transplant.* 2012;47(11):1385-90.
70. LaVeist T, Pollack K, Thorpe R, Fesahazion R, Gaskin D. Place, Not Race: Disparities Dissipate In Southwest Baltimore When Blacks And Whites Live Under Similar Conditions. *Health Aff (Millwood).* 2011;30(10):1880-7.
71. Trivedi AN, Grebla RC, Wright SM, Washington DL. Despite Improved Quality Of Care In The Veterans Affairs Health System,

- Racial Disparity Persists For Important Clinical Outcomes. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30(4):707-15.
72. Arguelles-Enriquez E, Lomelí-Carrillo U. Análisis Espacial de la Desigualdad Social. Mexico City, Mexico: Repositorio Institucional Universidad Autónoma de México; 2016.
73. Quiñones-Sánchez L, López G, Valencia T, Cuero-Valencia S, Gómez-Lozano BC. Plan Especial de Salvaguardia de los Saberes Asociados a la Partería Afro del Pacífico [Internet]. Bogotá, Colombia: Ministerio de Cultura; 2014 p. 153. Disponible en: <http://patrimonio.mincultura.gov.co/siteassets/paginas/plan-especial-de-salvaguardia-de-los-saberes-asociados-a-la-parter%C3%8Da-afro-del-pac%C3%8Dfico/20-parter%C3%ADa%20afro%20del%20pac%C3%ADfico%20-%20pes.pdf>
74. World Health Organization. Traditional, Complementary and Integrative Medicine [Internet]. World Health Organization. 2020 [citado 15 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1
75. Portela-Guarín H, Astaiza-Bravo NX, Guerrero-Pepinosa NY, Rodríguez-Guarín S. Rescatar la medicina tradicional en salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas a través del diálogo intercultural. *Univ Salud*. 2013;15(2):238-55.
76. Fernández-Juárez G. Culturas, etnicidades y aflicciones. *Perspectivas Amerindias en la Salud Intercultural*. *Asclepio*. 2019;71(1):259.
77. Cardona-Arias JA, Rivera-Palomino Y, Carmona-Fonseca J. Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo emberá-chamí de Colombia. *Rev Cuba Salud Pública*. 2015;41(1):77-93.

8. ANEXOS

8.1. Aprobación del comité de Ética

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

DICTAMEN ÚNICO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

D/D^a. Clara Rosso Fernández como Vicepresidente/a del CEI de Huelva

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor/investigador (No hay promotor/a asociado/a) para realizar el estudio de investigación titulado:

TÍTULO DEL ESTUDIO:	DESIGUALDADES EN SALUD Y POBLACIÓN AFRODESCENDIENTE DE LAS AMÉRICAS ,(Desigualdades en salud afrodescendientes)
Protocolo, Versión:	Resumida
HIP, Versión:	2
CI, Versión:	2

Y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y se ajusta a los principios éticos aplicables a este tipo de estudios.

La capacidad del/de la investigador/a y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes.

Que los aspectos económicos involucrados en el proyecto, no interfieren con respecto a los postulados éticos.

Y que este Comité considera, que dicho estudio puede ser realizado en los Centros de la Comunidad Autónoma de Andalucía que se relacionan, para lo cual corresponde a la Dirección del Centro correspondiente determinar si la capacidad y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Firmado por ROSSO FERNANDEZ CLARA
MARIA - 29481514E el día
07/07/2020 con un certificado
emitido por AC FNMT Usuarios

Lo que firmo en Huelva a 01/07/2020

D/D^a. Clara Rosso Fernández, como Vicepresidente/a del CEI de Huelva



Nota: La validez de este dictamen queda supeditado a la inclusión en el Consentimiento Informado de un apartado para la firma del profesional que informa y entrega dicho Consentimiento Informado, así como los números de DNI tanto del participante como del profesional.

CERTIFICA

Que este Comité ha ponderado y evaluado en sesión celebrada el 30/06/2020 y recogida en acta 05/20 la propuesta del/de la Promotor/a (No hay promotor/a asociado/a), para realizar el estudio de investigación titulado:

TÍTULO DEL ESTUDIO:	DESIGUALDADES EN SALUD Y POBLACIÓN AFRODESCENDIENTE DE LAS AMÉRICAS ,(Desigualdades en salud afrodescendientes)
Protocolo, Versión:	Resumida
HIP, Versión:	2
CI, Versión:	2

Que a dicha sesión asistieron los siguientes integrantes del Comité:

Vicepresidente/a

D/D^a. Clara María Rosso Fernández

Secretario/a

D/D^a. María Dolores Santos Rubio

Vocales

D/D^a. Juan María Vázquez Morón

D/D^a. AMELIA JIMENEZ HEFFERNAN

D/D^a. Manuel Trujillo Lara

D/D^a. DAVID MORALES PANCORBO

D/D^a. Francisco Javier Caballero Granado

D/D^a. Carlota Méndez del Barrio

D/D^a. Yolanda Arco Prados

D/D^a. SONIA MARIA PASTOR MONTERO

Que dicho Comité, está constituido y actúa de acuerdo con la normativa vigente y las directrices de la Conferencia Internacional de Buena Práctica Clínica.

Lo que firmo en Huelva a 01/07/2020



8.2. Otros indicios de calidad

Estrategia y Plan de Acción sobre Etnicidad y Salud (2019-2025) Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025 [Internet]. 57.º Consejo Directivo, 71.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; Washington DC: OPS; 2017 (documento CSP29/7, Rev.1). <http://www.paho.org/es/publicaciones/estrategia-plan-accion-sobre-etnicidad-salud-2019-2025>

Editorial La etnicidad: un abordaje esencial en la mejora con *equidad de la calidad de la atención y la seguridad del paciente*, publicado en Enfermería Clínica (Vol 27, issue 4). <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862117300979?via%3Dihub>

Consideraciones relativas a los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos durante la pandemia de COVID-19. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52252>

