InvestiGO
Revista Científica Multidisciplinaria
ISSN 2953-6367
http://revistainvestigo.com

Octubre 2026
Vol. 7 No. 21, PP. 351-370
https://doi.org/10.56519/v6111x55

DETERMINANTES PSICOSOCIALES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD INTERCULTURAL EN COMUNIDADES INDÍGENAS DEL ECUADOR: ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN EFECTIVA PARA MEJORAR LA ATENCIÓN PRIMARIA

PSYCHOSOCIAL DETERMINANTS OF ACCESS TO INTERCULTURAL HEALTH SERVICES IN INDIGENOUS COMMUNITIES IN ECUADOR: EFFECTIVE COMMUNICATION STRATEGIES TO IMPROVE PRIMARY CARE

Katy Maricela Logroño Noboa[1], Brigette Carolina Huaraca Morocho[2], Cristina Valeria Calderón Vallejo[3], Rodrigo Gabriel Abarca Carrasco[4], Paola Monserrath Dávalos Balseca[5]

{katy.logrono@espoch.edu.ec[1], brigette.huaraca@espoch.edu.ec[2], cristina.calderon@espoch.edu.ec[3], rodrigo.abarca@espoch.edu.ec[4], monsedava13@gmail.com[5] }

Fecha de recepción: 01/09/2026 / Fecha de aceptación: 08/10/2026 / Fecha de publicación: 14/10/2026

RESUMEN: El acceso a los servicios de salud intercultural en las comunidades indígenas sigue siendo un reto para los sistemas de salud pública, influenciado por la determinación psicosocial, determinar la utilización oportuna y la atención primaria. En el Ecuador, a pesar de los cambios tendentes a incorporar el enfoque intercultural a las políticas públicas, todavía existen dificultades vinculadas a la discriminación, barreras comunicativas, la escasa articulación entre la medicina ancestral y el modelo biomedicina o la falta de habilidades culturales del personal sanitario. En este sentido, el objetivo del presente estudio se centró en el análisis de la evidencia científica disponible con relación a los determinantes psicosociales que subyacen al acceso a los servicios de salud intercultural de las comunidades indígenas del Ecuador e identificar aquellas estrategias de comunicación efectiva que favorecen el fortalecimiento de la atención primaria. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de carácter cualitativo siguiendo las recomendaciones PRISMA 2020, a través de la búsqueda sistemática de literatura científica sobre bases de datos indexadas como PubMed, Scopus, Web of Science y SciELO, complementada con documentos técnicos provenientes de organismos internacionales. Se seleccionaron los estudios publicados principalmente entre 2021 y 2026 que reflejaron a los determinantes psicosociales, la salud intercultural y la comunicación en poblaciones indígenas.

[1]Escuela Superior Politécnica de Chimborazo-ESPOCH, https://orcid.org/0009-0000-6261-5455
[2]Escuela Superior Politécnica de Chimborazo-ESPOCH, https://orcid.org/0000-0002-5640-2733
[3]Escuela Superior Politécnica de Chimborazo-ESPOCH, https://orcid.org/0000-0001-6011-7460
[4]Escuela Superior Politécnica de Chimborazo-ESPOCH, https://orcid.org/0000-0002-3464-9161
[5]Escuela Superior Politécnica de Chimborazo-ESPOCH, https://orcid.org/0000-0002-0950-936X

Los resultados revelaron que la desconfianza institucional, las barreras de comunicación, la discriminación, las limitaciones geográficas y la baja competencia intercultural del personal de salud constituyen los principales determinantes que restringen el acceso a los servicios sanitarios. Del mismo modo se identificó que la incorporación de intérpretes comunitarios, el rol de los líderes indígenas, el reconocimiento de la medicina ancestral y la promoción del reconocimiento de la comunicación intercultural favorecen la accesibilidad, la continuidad del cuidado y la calidad de la atención primaria. En conclusión, el fortalecimiento de la salud intercultural requiere intervenciones integrales que articulen la implementación de políticas públicas, la formación y la participación de la comunidad, en pro de fomentar modelos de atención culturalmente apropiados que disminuyan las desigualdades en salud en las comunidades indígenas del Ecuador.

Palabras clave: Atención primaria de salud, salud intercultural, pueblos indígenas, determinantes psicosociales, comunicación intercultural

ABSTRACT: Access to intercultural health services in indigenous communities remains a challenge for public health systems, influenced by psychosocial determinants, timely utilization, and primary care. In Ecuador, despite efforts to incorporate an intercultural approach into public policies, difficulties persist related to discrimination, communication barriers, limited integration between traditional medicine and the biomedical model, and a lack of cultural competence among healthcare personnel. In this regard, the objective of this study was to analyze the available scientific evidence regarding the psychosocial determinants underlying access to intercultural health services in Ecuador's indigenous communities and to identify effective communication strategies that promote the strengthening of primary care. A qualitative literature review was conducted in accordance with the PRISMA 2020 guidelines, involving a systematic search of scientific literature in indexed databases such as PubMed, Scopus, Web of Science, and SciELO, supplemented by technical documents from international organizations. Studies published primarily between 2021 and 2026 that addressed psychosocial determinants, intercultural health, and communication in indigenous populations were selected. The results revealed that institutional mistrust, communication barriers, discrimination, geographic limitations, and low levels of intercultural competence among health care personnel are the main factors limiting access to health services. Similarly, it was found that the involvement of community interpreters, the role of indigenous leaders, the recognition of traditional medicine, and the promotion of intercultural communication all contribute to improved accessibility, continuity of care, and the quality of primary care. In conclusion, strengthening intercultural health requires comprehensive interventions that coordinate the implementation of public policies, training, and community participation, with the aim of promoting culturally appropriate care models that reduce health inequalities in Ecuador's indigenous communities.

Keywords: Primary health care, intercultural health, indigenous peoples, psychosocial determinants, intercultural communication

INTRODUCCIÓN

La posibilidad de acceder en condiciones de equidad a los servicios de salud es uno de los principios básicos para alcanzar la cobertura sanitaria universal y eliminar las desigualdades sociales que afectan a las poblaciones en situación de vulnerabilidad. Pero, además, distintos organismos internacionales han constatado que los pueblos indígenas enfrentan grandes brechas en cuanto a las dimensiones del acceso, de la utilización y de la calidad de los servicios sanitarios que están en función de determinantes sociales, económicos, culturales y psicosociales que determinan su estado de salud y que restringen el ejercicio efectivo del derecho a la salud. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud ha afirmado que las desigualdades que viven los pueblos indígenas son consecuencia del proceso histórico de discriminación estructural, de la exclusión social, de las barreras geográficas, de la pobreza multidimensional y de la escasa adecuación cultural de los sistemas de salud, situaciones que influencian por tanto en los indicadores de morbilidad-mortalidad y calidad de vida de estos pueblos (1).

En el ámbito internacional, se calcula que más de 476 millones de personas son naciones indígenas, distribuidas entre alrededor de 90 países, constituyendo algo menos del 6 % de las personas del mundo. Ahora bien, esta población concentra una proporción muy considerable de las personas que viven en condiciones de pobreza extrema y tiene peores parámetros sanitarios que la población no indígena. Las diferencias en esperanza de vida, mortalidad materna e infantil, prevalencia de enfermedades transmisibles y crónicas y la escasa oferta de servicios sanos culturalmente relevantes han puesto de manifiesto que hay profundas desigualdades sanitarias perfectamente identificables que reclaman, por tanto, intervenciones holísticas desde el enfoque de la interculturalidad y de los derechos humanos (2).

En América Latina, la interculturalidad en salud se ha hecho cada vez más importante debido a la simultaneidad de los sistemas médicos tradicionales y del modelo biomédico convencional. Países como el Ecuador, Bolivia, Perú, Colombia y México han desarrollado herramientas de la política pública para incorporar los saberes ancestrales dentro de los sistemas nacionales de salud, impulsando el reconocimiento de la diversidad cultural como un pilar fundamental en la promoción de un modelo de atención integral. Sin embargo, múltiples estudios han comprobado que la aplicación de estas políticas continúa encontrando limitaciones relacionadas con la débil formación intercultural del personal sanitario, la escasa participación comunitaria, el mantenimiento de prácticas discriminatorias y la dificultad para establecer procesos de comunicación entre los profesionales de la salud y las comunidades indígenas (3,4).

A su vez, en el contexto del Ecuador, la Constitución Política de la República hace del Ecuador un Estado plurinacional e intercultural, reconociendo el derecho de los pueblos indígenas a mantener sus prácticas tradicionales de salud y a recibir una atención que respete la identidad cultural. El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural incorporó la interculturalidad en la atención primaria como uno de sus ejes estratégicos. Sin embargo, diferentes investigaciones llevadas a cabo en comunidades indígenas ecuatorianas han puesto de manifiesto que existen importantes dificultades para mantener vigentes los principios en el trabajo cotidiano de los diferentes servicios sanitarios. Entre las barreras más significativas

podemos mencionar la hegemonía de un modelo biomédico, la escasa articulación con la medicina ancestral, el déficit de profesionales bilingües, la escasa formación en competencias interculturales y la escasa confianza de las comunidades hacia las instituciones sanitarias formales (5-6). En este sentido, los determinantes psicosociales son fundamentales, ya que regulan la percepción del riesgo y la forma de buscar atención, los procesos de seguir el tratamiento de salud e incluirse en los servicios de salud.

Estos determinantes abarcan elementos individuales, familiares, comunitarios y sociales, es decir, las creencias culturales sobre el proceso salud-enfermedad, las experiencias anteriores con los servicios sanitarios, la confianza institucional, el apoyo social, la lengua, el nivel educativo, el estigma, la discriminación que se percibe y las condiciones socioeconómicas. La combinación de estos elementos define cómo las personas interpretan los síntomas, como valoran la necesidad de ir a un establecimiento de salud, cómo construyen conocimiento con el personal sanitario y, en definitiva, la forma en la que tienen acceso a los servicios de atención primaria (7).

Varios estudios recientes han evidenciado que la comunicación es uno de los determinantes más importantes del éxito de la implementación de los programas de salud intercultural. La falta de estrategias comunicacionales, integradas a un contexto sociocultural, comporta la imposición de la desconfianza, incrementa las barreras para el acceso y disminuye la continuidad de la atención. Por el contrario, cuando los profesionales trabajan la competencia intercultural, utilizan la lengua materna de las comunidades, ponen en valor los saberes tradicionales y logran entablar relaciones horizontales con los líderes de la comunidad y los sanadores tradicionales, la aceptación de los programas preventivos y la utilización de los servicios de atención primaria aumentan significativamente (8).

La literatura científica además apunta que la comunicación es más que la simple transmisión de información clínica, sino que se presenta como un proceso en doble sentido con la característica del respeto recíproco, la negociación cultural y la integración de los saberes tradicionales (9). En este sentido, la competencia intercultural del personal sanitario se entiende como la capacidad de desarrollar habilidades de escucha activa, sensibilidad cultural, empatía y capacidad de adaptar las intervenciones sanitarias que se proponen a los determinantes sociales y culturales de la comunidad. Estas competencias son propicias para construir confianza institucional, fortalecer la participación de las comunidades y continuar disminuyendo las desigualdades en salud que presentan los pueblos indígenas.

A pesar del incremento de investigaciones en salud intercultural de los últimos años, la evidencia continúa llegando de manera aislada y de forma independiente a aspectos relacionados con la salud intercultural, la discriminación, los determinantes sociales, la medicina ancestral, la comunicación intercultural o la atención primaria, etc. Esto lleva a mantener la necesidad de integrar la información científica disponible para poder tener un mapa que permita comprender de una forma amplia cómo los determinantes psicosociales condicionan el acceso a los servicios de salud intercultural y cuáles son las estrategias de comunicación que han demostrado ser más efectivas para fortalecer la atención primaria de las comunidades indígenas del Ecuador. Todo esto se vuelve muy importante para poder orientar futuras políticas públicas, reforzar la

formación del talento humano en salud, promover intervenciones culturalmente pertinentes que logren conquista las brechas de acceso (10-12).

Así, el presente artículo tuvo como objetivo revisar la evidencia científica publicada de los determinantes psicosociales con los que se fueron construyendo el acceso a los servicios de salud intercultural en las comunidades indígenas del Ecuador, identificando las principales barreras idiosincráticas que logran hacer ese acceso en un sentido, así como también aquellos factores facilitadores y las estrategias de comunicación efectiva que logran dar cuenta del fortalecimiento de la atención primaria desde la salud intercultural.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Para llevar a cabo la realización del estudio en cuestión se basó en un tipo de estudio correspondiente a una revisión bibliográfica de tipo descriptiva que se realizó a través de un enfoque cualitativo de síntesis de la evidencia científica. Este estudio tuvo como objetivo la identificación, análisis e integración de la información disponible sobre los determinantes psicosociales del acceso a los servicios de salud intercultural en comunidades indígenas del Ecuador, así como las estrategias de comunicación efectiva para fortalecer la atención primaria. La planificación y el reporte de la revisión se realizaron siguiendo las recomendaciones que señala la declaración Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2020), ampliamente aceptada para la garantía de la transparencia y la reproducibilidad de las revisiones bibliográficas.

Estrategia de búsqueda bibliográfica

La búsqueda de información científica se realizó desde enero de este año hasta junio del 2026, siguiendo una estrategia sistemática en las bases de datos biomédicas y multidisciplinarias más relevantes, que son PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, SciELO y Google Scholar. Estas bases de datos fueron seleccionadas por su alcance de la literatura científica indexada en relación con la salud pública, la salud intercultural, la atención primaria, los determinantes sociales de la salud y las poblaciones indígenas.

La estrategia de búsqueda se elaboró a base de descriptores en inglés y español y con los contenidos de los Medical Subject Headings (MeSH) y los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. Entre los descriptores principales usados destacan los siguientes: "Psychosocial Determinants", "Social Determinants of Health", "Indigenous Health", "Intercultural Health", "Primary Health Care", "Health Services Accessibility", "Health Communication", "Communication Strategies", "Ecuador", "Pueblos Indígenas", "Salud Intercultural", "Atención Primaria", "Acceso a los Servicios de Salud" y "Comunicación Intercultural".

A modo de ejemplo, una de las ecuaciones de búsqueda en PubMed es la siguiente:

("Psychosocial Determinants" OR "Social Determinants of Health") AND ("Indigenous Health" OR "Intercultural Health") AND ("Primary Health Care") AND ("Health Communication") AND ("Ecuador").

Criterios de inclusión

Se seleccionó la investigación que cumplía con los criterios siguientes:

- Artículos científicos publicados entre enero de 2021 y junio de 2026.
- Investigación original, revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios de tipo cualitativo en salud intercultural.
- Artículos científicos en inglés o en español.
- Artículos completos.
- Investigación realizada en comunidades indígenas o en grupos de personas con características y elementos socioculturales comparables.
- Investigación que abordara al menos uno de los siguientes componentes:
    - Determinantes psicosociales.
    - Acceso a los servicios de salud.
    - Comunicación intercultural.
    - Atención primaria.
    - Políticas de salud de tipo intercultural.

Criterios de exclusión

Se excluyó:

- Artículos publicados antes de 2021.
- Comunicaciones de congresos.
- Editoriales.
- Cartas a la redacción.
- Protococos de investigación.
- Tesis no publicadas.
- Literatura gris sin revisión de pares.
- Estudios cuya población objetivo no estuviera vinculada a Pueblos Indígenas o a contextos intervinculados.
- Publicaciones duplicadas de acuerdo con las bases de datos revisadas.

Selección de los estudios

La selección de los trabajos se realizó en cuatro etapas junto al diagrama PRISMA 2020.

En una primera etapa, se acudió a las diferentes bases de datos electrónicas para la identificación de los registros. En una segunda etapa, se eliminaron los documentos duplicados con

herramientas de gestión bibliográfica. En la tercera fase se realizó la revisión de títulos y resúmenes con la intención de comprobar la adecuación de los mismos a la línea de investigación. Concluyendo, se pasó a leer y evaluar íntegramente los artículos potencialmente elegibles para decidir finalmente su inclusión en la revisión.

A lo largo de la revisión siempre se optaron por aquellos estudios que se encontraban publicados en revistas científicas de primer nivel (Q1 y Q2), con un adecuado rigor metodológico y una alta relevancia científica (Q1 y Q2).

Extracción y estructuración de la información

La información seleccionada fue estructurada según una matriz de extracción elaborada ad hoc para esta revisión. De cada uno de los estudios se extrajeron las siguientes variables:

- Autoría.
- Año de publicación.
- País.
- Diseño metodológico.
- Población estudiada.
- Tamaño de las muestras.
- Determinantes psicosociales identificados.
- Barreras al acceso a los servicios sanitarios.
- Estrategias comunicacionales.
- Resultados principales.
- Conclusiones finales.

A continuación, la información fue organizada en categorías temáticas para desarrollar la síntesis narrativa de la evidencia científica.

Valoración de la calidad metodológica

La calidad metodológica de los estudios incluidos fue valorada conforme al tipo de diseño de investigación empleado y al cumplimento de criterios internacionales de calidad científica. Se priorizaron aquellos artículos publicados en revistas indexadas en Scopus y Web of Science, revisiones sistemáticas elaboradas conforme a la metodología PRISMA y estudios observacionales desarrollados atendiendo a las recomendaciones contenidas en la guía STROBE. Se tuvo también en cuenta la actualidad de la evidencia, el nivel de citación, la claridad metodológica y la consistencia de los resultados comunicados.

Análisis de la información

La información fue analizada mediante síntesis narrativa, determinándose convergencias y divergencias entre estudios diferentes. Los resultados fueron ordenados a partir de los principales determinantes psicosociales que recoge la literatura científica: socioculturales, económicos, geográficos, lingüísticos, educativos, institucionales y comunicacionales. Finalmente, se integró la

evidencia disponible para poder establecer la relación que existe entre dichos determinantes y el acceso a los servicios de salud intercultural, así como las estrategias de comunicación que demostraron ser más eficaces para reforzar la atención primaria en las comunidades indígenas del Ecuador.

RESULTADOS

Caracterización general de los estudios incluidos

La estrategia de búsqueda permitió identificar un gran número de publicaciones de los determinantes psicosociales referidos al acceso a los servicios en la salud intercultural en comunidades indígenas. Luego de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se procedió a seleccionar los trabajos que mostraron mayor rigor metodológico y ajuste temática para dar respuesta al objetivo de la presente revisión.

La mayoría de las publicaciones comprendidas entre 2021 y 2025 reflejan el progresivo aumento del interés científico por entender las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria desde la mirada de la salud intercultural. Los estudios cualitativos, las investigaciones con métodos mixtos y las revisiones sistemáticas fueron los enfoques predominantes, dado que estos diseños permiten profundizar de manera más exhaustiva sobre las experiencias, percepciones y barreras enfrentadas por las poblaciones indígenas en su relación con los sistemas nacionales de salud (13).

En el ámbito geográfico los estudios fueron fundamentalmente de países como Ecuador, Perú, Bolivia, Colombia, México y Brasil, donde hay una diversidad étnica y cultural relevante. Además de también identificarse estudios en Canadá, Australia y Nueva Zelanda, que, siendo este país considerado por la similitud de los retos de atención sanitaria a los pueblos indígenas y el desarrollo de modelos exitosos de atención intercultural (14-17).

Respecto a la población de la investigación, la mayoría de los estudios incluyeron comunidades indígenas rurales, líderes comunitarios, profesionales sanitarios, gestores de servicios de salud y representantes de organizaciones indígenas. Algunos estudios también incluyeron la percepción de parteras tradicionales, médicos ancestrales y promotores comunitarios, actores claves en el entendimiento de la interacción entre medicina tradicional y el sistema biomédico.

Los resultados mostraron que los determinantes psicosociales no se dan de forma aislada sino a través de una interacción compleja de factores culturales, económicos, educativos, geográficos e institucionales, y esta misma interacción condiciona la percepción de riesgo, la confianza hacia los servicios sanitarios, la utilización de atención primaria y la continuidad de los tratamientos médicos (18,19).

Tabla 1. Características generales de los estudios incluidos en la revisión

Autor	Año	País	Diseño del estudio	Población	Principal aporte
Bautista-Valarezo et al.	2021	Ecuador	Cualitativo	Sanadores indígenas	Relación entre medicina ancestral y sistema formal de salud.
Quiroz-Hidrovo et al.	2024	Ecuador	Cualitativo	Personal sanitario	Barreras para implementar el enfoque intercultural.
González-Carvajal et al.	2026	Internacional	Metasíntesis	Hospitales interculturales	Estrategias exitosas de comunicación intercultural.
OPS	2022	América Latina	Informe técnico	Sistemas de salud	Lineamientos para fortalecer la atención intercultural.
OMS	2025	Mundial	Documento estratégico	Pueblos indígenas	Determinantes sociales y acceso equitativo a los servicios de salud.

Fuente: Elaboración propia con base en la literatura científica revisada (2021–2026).

Determinantes psicosociales asociados al acceso a los servicios de salud intercultural

La evidencia científica permitió identificar varios determinantes psicosociales que determinan el acceso a los servicios de salud en comunidades indígenas. Entre ellos, destaca la confianza institucional, las creencias culturales en relación a la salud y la enfermedad, el idioma, el nivel de escolaridad, el apoyo social, la discriminación percibida, el nivel socioeconómico, la accesibilidad geográfica y la interacción establecida por los usuarios con los profesionales sanitarios.

Uno de los determinantes descritos de una manera más frecuente fue la confianza en las instituciones de salud. Diferentes estudios han mostrado cómo las experiencias previas de discriminación, tratos irrespetuosos o falta de conocimiento de las prácticas culturales llevan a la desconfianza y a disminuir, de manera significativa, la utilización de los servicios de salud; lo que lleva a que muchas personas acudan, en primer lugar, a los sistemas tradicionales de atención o pospongan la búsqueda de atención, hasta que las enfermedades alcanzan estados avanzados (20,21).

Las creencias culturales igualmente juegan un rol decisivo en la concepción de la enfermedad, así como en las elecciones que cada persona efectúa en el trayecto hacia la posibilidad de búsqueda en demanda de atención. En los muchos pueblos indígenas, la salud y la enfermedad son pensadas e interpretadas a partir de una concepción holística que involucra aspectos espirituales, familiares, medioambientales y comunitarios. Cuando los servicios sanitarios no son capaces de reconocer esas creencias se producen conflictos culturales, lo que provoca un menor cumplimiento de los tratamientos y unos niveles de aceptación más bajos de las medidas de prevención (22).

El idioma también emergió a su vez como uno de los principales impedimentos para el acceso efectivo a la atención primaria. A lo largo de varias investigaciones llevadas a cabo en el Ecuador se llegó a la conclusión de que la falta de profesionales bilingües afectaba la comprensión de los diagnósticos, la calidad de la comunicación clínica y aumentaba la sensación de exclusión que podían tener los usuarios indígenas. Esta cuestión era especialmente importante en los adultos mayores o entre los habitantes de comunidades rurales que tienen escasa relación con las ciudades.

Un segundo determinante bien documentado era el nivel educativo. La literatura muestra que una menor escolaridad limita el alfabetismo en salud, reduce el conocimiento sobre programas preventivos, dificulta la detección temprana de signos o síntomas que puedan requerir atención profesional. Sin embargo, diferentes autores concluyeron que esas restricciones no pueden ser entendidas únicamente desde un aspecto individual, sino que son reflejo de desigualdades estructurales históricas que afectan a las comunidades indígenas (23).

La discriminación que manifiestan los participantes es un tercer determinante documentado en la literatura. Muchos autores describieron las experiencias de los participantes en relación a conductas que podía ser consideradas discriminatorias, a estereotipos culturales o a una baja sensibilidad intercultural por parte del personal sanitario, y estas experiencias produjeron sentimientos de rechazo, disminución de la satisfacción respecto a los servicios de salud y favorecieron la interrupción de la continuidad asistencial, en especial entre las mujeres indígenas en relación a la ayuda en el embarazo, el parto o el puerperio.

Barreras socioculturales e institucionales que pueden dificultar el acceso a los servicios de salud intercultural.

La revisión de la evidencia científica permitió poner de manifiesto que las barreras de acceso a los servicios de salud intercultural incluyen no sólo factores económicos y geográficos, sino que están en relación directa con los factores socioculturales, institucionales y comunicacionales. Los estudios revisados presentan una coincidencia en que, estas barreras tienen que ver con procesos históricos de exclusión social, con desigualdad estructural y con la hegemonía de las ciencias biomédicas del modelo occidental que mayoritariamente hacen invisibles los saberes ancestrales y las formas tradicionales de entender el proceso enfermedad-salud (24).

Una de las conclusiones más recurrentes es la continuidad de relaciones asimétricas entre los sistemas de salud formales y la medicina tradicional indígena. Distintas investigaciones llevadas a cabo en Ecuador han evidenciado que, a pesar de que las políticas públicas den cuenta, y a su vez reconozcan abiertamente la interculturalidad, en la práctica hay predominancia de un enfoque biomédico que condena a la partera tradicional, yachak, curandero y otros actores comunitarios involucrados en los procesos de atención. Esta realidad causa desconfianza en las comunidades indígenas y disminuye la continuidad asistencial entre ambos sistemas de atención.

La discriminación institucional también ha aparecido como uno de los determinantes del acceso. Los usuarios indígenas relatan experiencias relativas a comentarios despectivos, estereotipos

culturales, falta de respeto por sus prácticas tradicionales y escaso interés por la sensibilidad de algunos profesionales sanitarios dentro de lo que se denomina modelo de atención. Las experiencias de este tipo generan una erosión de la relación terapéutica, una disminución de la confianza institucional, y también una búsqueda exclusivamente relacionada con la medicina ancestral que retrasa el diagnóstico y el tratamiento oportuno. La barrera lingüística también fue una de las causas determinantes. Sin presencia de personal bilingüe y material educativo elaborado en las lenguas indígenas, parecía difícil hacerse entender lo que se trataba del diagnóstico, del tratamiento y de las medidas de prevención adecuadas. En la literatura, se manifiesta que la comunicación escasa favoreció el aumento de probabilidad de cometer errores atendiendo a las personas que se tienen que atender, que además disminuiría la adherencia a los tratamientos y, a la vez, experimentarían menos satisfacción con los servicios recibidos. Por su parte, las revisiones internacionales concluyen que la conservación y el uso de las lenguas indígenas es un contexto protector para la salud física y mental y la identidad cultural, además de reforzar la confianza en los servicios de salud (23). Un tema muy bien abordado corresponde a las desigualdades territoriales, ya que las comunidades indígenas en áreas rurales no alcanzan los servicios de salud por el largo camino que deben transitar, por la deficiente infraestructura vial, por la escasez de transporte público y por la ausencia de profesionales de la salud. Estas condiciones elevan los costos indirectos de la atención sanitaria y promueven el abandono de la atención, sobre todo en personas con enfermedades crónicas y en las mujeres embarazadas.

En el ámbito institucional, distintos estudios han señalado que la implementación del modelo de atención intercultural sigue siendo limitada por la escasa formación del personal sanitario en cuanto a la competencia cultural, por la ausencia de protocolos de atención intercultural y por la baja participación de representantes indígenas en la planificación de los servicios. Estas deficiencias reducen la capacidad del sistema sanitario para responder adecuadamente a las necesidades sociales y culturales de las comunidades.

En definitiva, la evidencia científica avala la idea de que las barreras socioculturales e institucionales no actúan de manera independiente sino interactuando de una forma compleja que condiciona las fases que abarca el acceso a los servicios de salud: desde el momento mismo de decidir si acudir o no a la consulta, hasta la continuidad en el tratamiento y el seguimiento oportuno. Por lo tanto, para eludir estas barreras de acceso a los servicios de salud se requieren intervenciones integrales que articulen políticas públicas, fortalecimiento institucional, formación intercultural del personal de salud y la inclusión de las comunidades a la toma de decisiones sobre el servicio.

Tabla 2. Principales determinantes psicosociales identificados en la literatura científica

Determinante psicosocial	Evidencia reportada	Impacto sobre el acceso
Desconfianza institucional	Experiencias previas de discriminación y falta de reconocimiento cultural	Disminuye la utilización de los servicios de salud
Barreras lingüísticas	Escasez de personal bilingüe y dificultades de comunicación	Reduce la comprensión del tratamiento y la adherencia
Creencias culturales	Diferencias entre la medicina ancestral y el modelo biomédico	Retrasa la búsqueda de atención formal

Discriminación percibida	Actitudes excluyentes y estereotipos culturales	Incrementa el abandono del seguimiento clínico
Bajo nivel educativo	Limitada alfabetización en salud	Disminuye la utilización de programas preventivos
Condiciones socioeconómicas	Pobreza y costos de desplazamiento	Limitan el acceso oportuno a la atención
Aislamiento geográfico	Grandes distancias e infraestructura deficiente	Reduce la continuidad asistencial
Escasa competencia cultural del personal sanitario	Formación insuficiente en interculturalidad	Disminuye la calidad de la atención

Fuente: Elaboración propia a partir de la evidencia científica publicada entre 2021 y 2026.

Estrategias de comunicación efectiva para fortalecer la atención primaria

La revisión revela que la comunicación intercultural es uno de los elementos con más capacidad para reducir las desigualdades de salud. Los estudios aseguran que la comunicación no se identifica únicamente con la trasmisión de información clínica, sino que implica una conversación dilatada, una comunicación recíproca, la negociación cultural y la construcción de la confianza entre los profesionales sanitarios y las comunidades indígenas.

Entre las estrategias más efectivas se encuentra la inclusión de diplomados o mediadores interculturales, la producción de material educativo en lenguas originarias, la formación continua del personal sanitario en competencias culturales, la participación de los líderes comunitarios, así como de los sanadores tradicionales en las actividades de educación para la salud y el diseño de intervenciones culturales en función del contexto sociocultural del grupo de población. Estas actividades favorecen la comprensión de las recomendaciones médicas, incrementan la adherencia terapéutica y favorecen la confianza hacia los servicios sanitarios.

Por otra parte, los estudios insistentes consideran que el personal de salud tiene que formarse en competencias relacionadas con la escucha activa, la empatía, el reconocimiento de los saberes ancestrales y la adaptación de las recomendaciones de salud pública y prevención según las características culturales de cada población. La propia evidencia muestra que estas y otras competencias favorecen las relaciones terapéuticas más horizontales y mejoran la percepción de la atención que tienen los usuarios indígenas.

Finalmente, los estudios revisados coinciden en que las estrategias de comunicación son mucho más efectivas cuando están alineadas con políticas institucionales orientadas a construir la interculturalidad, favorecer la participación de la comunidad y reconocer de manera oficial el quehacer de la medicina tradicional dentro de los sistemas nacionales de salud; es decir, en este sentido, la comunicación no debe considerarse un elemento aislado, sino que tendrá que ser un eje transversal para hacer posible una atención primaria más equitativa, más inclusiva y más culturalmente adecuada.

Síntesis comparativa de la evidencia científica

Con la meta de poder conocer cuáles han sido las principales tendencias en el área de los determinantes psicosociales del acceso a los servicios de salud intercultural, se llevó a cabo un análisis comparativo de los estudios seleccionados para ingresar finalmente en la lectura de los resultados. La evidencia encontró una elevada concordancia en relación a la influencia que ejercen los factores socioculturales, los factores económicos, los factores institucionales o los factores comunicacionales sobre el uso de los servicios de atención primaria por parte de las comunidades indígenas.

Los estudios desarrollados en América Latina pusieron de manifiesto que el desarrollo de políticas de salud intercultural ha dejado ver evoluciones relevantes en el ámbito de los determinantes de salud; pero por otro lado, la implementación, se ha dejado ver como errática entre los diferentes países y sistemas de salud. En Ecuador, en Perú y en Bolivia se dieron avances hacia una convergencia entre la medicina ancestral y el modelo biomédico, pero estos avances complementarios son limitados por la deficiente formación intercultural del personal sanitario, la escasa participación de la comunidad y la inexistencia de mecanismos permanentes para articular ambos sistemas de atención (3–5,10).

Por su parte, en Canadá, Australia y Nueva Zelanda, las evaluaciones a las intervenciones han mostrado que estas realizadas con la participación activa de las comunidades indígenas, con mediadores culturales y con alta comunicación intercultural mejoran la accesibilidad, la continuidad y la calidad de la atención primaria. Los autores sugieren que las estrategias centradas en el respeto por la cultura de los grupos favorecen la aceptación de los servicios de salud y mejora la confianza de los usuarios hacia el sistema de salud (11,12,17).

Además, la literatura científica ha destacado que los determinantes psicosociales deben ser vistos de forma holística, con interacción permanente de determinantes individuales, familiares, comunitarios e institucionales. Según este enfoque, las intervenciones únicas, que pretendan mejorar la infraestructura del sistema sanitario o la disponibilidad de los recursos humanos, son insuficientes y deben unirse a procesos de transformación institucional, que aboga por la interculturalidad y la equidad en salud.

Tabla 3. Síntesis comparativa de los estudios incluidos en la revisión

Autor	Año	País	Diseño metodológico	Determinante psicosocial identificado	Estrategia propuesta	Principal hallazgo
Bautista-Valarezo et al. (5)	2021	Ecuador	Cualitativo	Desconfianza hacia el sistema formal de salud	Integración de la medicina ancestral	La articulación entre sanadores tradicionales y personal

						sanitario fortaleció la aceptación de los servicios.
Quiroz-Hidrovo et al. (4)	2024	Ecuador	Cualitativo	Predominio del modelo biomédico	Formación intercultural del personal	Persisten barreras institucionales para implementar el enfoque intercultural.
González-Carvajal et al. (3)	2026	Internacional	Metasíntesis	Comunicación intercultural deficiente	Desarrollo de competencias culturales	La comunicación efectiva incrementó la calidad percibida de la atención.
Organización Panamericana de la Salud (10)	2022	América Latina	Informe técnico	Desigualdades sociales	Fortalecimiento de la atención primaria	La participación comunitaria mejoró el acceso a los servicios.
Organización Mundial de la Salud (2)	2025	Mundial	Documento estratégico	Inequidades estructurales	Políticas públicas interculturales	La equidad en salud requiere acciones multisectoriales y culturalmente pertinentes.
Whalen et al. (17)	2022	Canadá	Revisión	Pérdida de la lengua indígena	Promoción de idiomas originarios	El fortalecimiento lingüístico favoreció mejores resultados en salud y mayor confianza institucional.
Zhao (16)	2023	Internacional	Revisión sistemática	Barreras de comunicación	Mediadores culturales	La presencia de intérpretes mejoró la adherencia terapéutica y redujo errores de

	comunicación.

Fuente: Elaboración propia con base en la literatura científica revisada (2021–2026)

Análisis integrador de la evidencia científica

El estudio conjunto de los estudios construyó la idea de que el acceso a los servicios de salud intercultural es una realidad multidimensional que llega determinada por una sinergia a la vez de factores sociales, culturales, económicos, geográficos e institucionales. Ninguno de los determinantes dio cuenta en exclusividad de las dificultades de acceso en las comunidades indígenas, al revés, la evidencia apuntó a que los determinantes se potencian entre ellos, generando así escenarios de exclusión sanitaria.

Entre los determinantes identi-ficados, la confianza institucional emergía como uno de los factores que más influía en la utilización de los servicios de salud. Las experiencias previas de discriminación, la escasa sensibilidad cultural del personal sanitario y la limitada asimilación de la medicina ancestral disminuyen la credibilidad hacia el sistema formal e invitan a buscar alternativas terapéuticas. Esta situación pone de relieve la necesidad de fortalecer la relación entre las instituciones sanitarias y las comunidades indígenas a través de procesos permanentes de diálogo intercultural.

De la misma manera, la comunicación resulta ser reconocida como uno de los ejes transversales para mejorar el acceso a la atención primaria; los estudios coincidieron en que la formación del personal sanitario en competencias culturales, el uso de intérpretes comunitarios, la elaboración de materiales educativos en lenguas originarias y la participación activa de líderes indígenas benefician una atención más inclusiva y, en consecuencia, aumentan la aceptación de las intervenciones preventivas.

Finalmente, la evidencia revisada permitió concluir que las estrategias más efectivas eran aquellas elaboradas desde una visión participativa en que las comunidades indígenas participan activamente en la planeación, ejecución y evaluación de las acciones sanitarias. Este modelo favorecía la apropiación comunitaria de los programas de salud, favorecía la confianza institucional y contribuía a disminuir desventajas en el acceso a los servicios de atención primaria.

DISCUSIÓN

La revisión bibliográfica considerada permitió detectar que los determinantes psicosociales constituyen uno de los principales factores determinantes del acceso a los servicios de salud intercultural en comunidades indígenas del Ecuador. La evidencia analizada mostró que el acceso oportuno y continuo a los servicios de atención primaria no se basa exclusivamente en la disponibilidad de infraestructura sanitaria o de recursos humanos, sino que es el resultado de una interacción compleja de determinantes culturales, sociales, económicos, geográficos e institucionales. En este sentido, los resultados encontrados apoyan el enfoque propuesto por la

Organización Mundial de la Salud, que define a los determinantes sociales y culturales como aportes necesarios para el entendimiento de las desigualdades en salud que experimentan los pueblos indígenas (1,2).

Uno de los principales hallazgos encontrados en esta revisión fue la identificación de la confianza institucional como determinante para la utilización de los servicios sanitarios. La mayoría de las revisiones realizadas reflejan que las vivencias previas de discriminación, la non- visibilidad de la medicina tradicional o ancestral y la baja sensibilidad cultural del personal sanitario afectan a la atención de las comunidades indígenas. Esto también presenta la búsqueda de alternativas de atención tradicional o el retraso en la atención médica con un alto riesgo de complicaciones y escasa o nula continuidad del tratamiento. Estos resultados coinciden con los estudios realizados en Ecuador por Bautista-Valarezo et al. (5) y Quiroz-Hidrovo et al. (4), donde la persistencia del modelo biomédico como paradigma hegemónico afianzan la dificultad en la adopción de la interculturalidad en los establecimientos sanitarios.

Otro de los aspectos documentados de forma importante fue la influencia de las barreras lingüísticas sobre la calidad de la atención médica. La literatura indica que la falta de personas profesionales bilingües y de materiales de formación adaptados a las lenguas indígenas afecta tanto a la comprensión de los diagnósticos, a la adherencia terapéutica como a la satisfacción de las personas que usan los servicios. En la misma línea, los mismos autores (25,26), afirman que la promoción y el fortalecimiento de las lenguas indígenas contribuyen no solo a la identidad cultural, sino que también reportan beneficios para la salud de forma directa, ya sea física, psicológica o comunitaria. Desde esta perspectiva, la comunicación intercultural se debe concebir como un dispositivo estratégico de la atención primaria y no simplemente como un instrumento adicional que forma parte del proceso asistencial.

La revisión también evidenció que la formación del talento humano en competencias culturales todavía es insuficiente. Si bien el modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural reconoce el enfoque intercultural, varios estudios demuestran que la formación del personal de salud sigue teniendo limitaciones en el ámbito de los sistemas de medicina tradicional, de comunicación intercultural, de respeto por la cosmovisión indígena y de participación comunitaria (27). Estas limitaciones están correlacionadas con la calidad de la atención y con las percepciones que tienen los usuarios sobre el sistema de salud. De este modo, la competencia cultural ha de ser considerada como una competencia transversal que empape los programas de formación de pregrado, posgrado y formación continua del personal de salud.

En lo que respecta a los factores socioeconómicos y geográficos, la evidencia que se revisó confirma que las comunidades indígenas localizadas en las zonas rurales del sistema de salud continúan padeciendo importantes barreras de acceso a los servicios sanitarios. Los grandes trayectos hacia los centros de salud, los límites del transporte, la dispersión del territorio y el elevado importe de los costos indirectos relacionados con la atención a la salud conforman elementos que intensifican las desigualdades existentes (28). Sin embargo, los estudios presentados coinciden en señalar que estas limitaciones son mucho más intensas cuando están combinadas con barreras culturales y de comunicación, mostrando la necesidad de abordar el acceso a la salud desde una perspectiva multidimensional.

Uno de los hallazgos más relevantes de esta revisión fue la aparición de la comunicación efectiva como una de las estrategias con mayor potencial para potenciar la atención primaria de salud en contextos interculturales. La evidencia internacional muestra que el uso de intérpretes comunitarios, la participación activa de líderes indígenas, la elaboración de materiales educativos en lenguas originarias, así como el reconocimiento de los saberes ancestrales propician la posibilidad de construir relaciones terapéuticas basadas en la confianza y el respeto mutuo. Las estrategias fomentan igualmente la aceptación de las actividades de promoción y prevención de la salud, el aumento de la adherencia a los tratamientos y contribuyen a reducir las desigualdades en el ámbito sanitario entre las poblaciones indígenas y las no indígenas.

En cuanto a las políticas públicas, los resultados apuntan a que el fortalecimiento de la salud intercultural requiere ir más allá del enfoque centrado meramente en la prestación del servicio, sino que las futuras intervenciones deben orientar su mirada hacia devenirse en modelos participativos que incorporen a las comunidades indígenas en la planificación, ejecución y valoración de las acciones sanitarias. Igualmente, exige desarrollar la conexión entre la medicina indígena y el sistema nacional de salud mediante mecanismos de colaboración, de tal forma que se pueda aprovechar la sabiduría ancestral sin perjudicar la seguridad y la calidad de la atención.

Algunas de las fortalezas de la presente revisión son la integración de la evidencia científica actual publicada en revistas indexadas, la incorporación de estudios de investigación llevados a cabo en Ecuador y en otros países con contextos interculturales similares. Esta concepción ha permitido realizar un análisis extenso de los determinantes psicosociales y de las estrategias de comunicación que se aplican en varios sistemas de salud y favoreciendo una visión holística del fenómeno analizado.

De todos modos, esta revisión presenta limitaciones. En primer lugar, la cantidad de estudios específicos sobre las comunidades indígenas ecuatorianas sigue siendo escasa por lo que hubo que complementar el análisis con investigaciones llevadas a cabo en otros países con contexto latinoamericano y de otros países con escenarios internacionales similares. En segundo lugar, la heterogeneidad metodológica de los estudios que se han considerado dificultó la comparación cuantitativa de algunos resultados, por lo que se optó por una síntesis narrativa de la evidencia. Finalmente, al ser una revisión bibliográfica los hallazgos dependen de la calidad metodológica de las investigaciones seleccionadas y la disponibilidad de literatura científica publicada en el periodo analizado.

Los hallazgos obtenidos permiten afirmar que la reducción de las desigualdades en el acceso a los servicios de salud intercultural requiere intervenciones integrales, en las que se vayan más allá de las mejoras estructurales del sistema sanitario. El fomento de la comunicación intercultural, la formación continuada del personal de salud, el valor de la medicina indígena y la implicación de las comunidades indígenas forman una parte de la esencia necesaria para producir un modelo de atención primaria más equitativo, inclusivo y culturalmente adecuado en el Ecuador.

CONCLUSIONES

El conjunto de evidencias científicas que se han analizado condujo a la conclusión de que el acceso a los servicios de salud intercultural en las comunidades indígenas del Ecuador, continúa condicionado por el funcionamiento de una complicada red de determinantes psicosociales, socioculturales, económicos, geográficos e institucionales. Las barreras que más influencian la comunicación y el acceso son las siguientes: la desconfianza hacia la atención sanitaria, las barreras lingüísticas, la discriminación percibida, la escasa incorporación de la medicina ancestral en el modelo biomédico y la escasa formación del personal sanitario en competencias interculturales. Estos determinantes no actúan de manera aislada, sino que entran en relación entre sí para producir desigualdades en el acceso a servicios de salud, acceso oportuno, continuidad del cuidado y adherencia a la promoción, a la prevención y al tratamiento.

La revisión también reflejó que las estrategias de comunicación efectiva constituyen uno de los pilares fundamentales que permiten fortalecer la atención primaria desde la perspectiva de la interculturalidad. La utilización de intérpretes y mediadores culturales, la producción de materiales educativos en lenguas originarias, la participación activa de los líderes comunitarios y sanadores tradicionales o la renovación del talento humano en competencias culturales constituyen acciones que contribuyen a crear relaciones terapéuticas basadas en la confianza, el respeto y la diversidad cultural, así como a promover mejoras en el uso de los servicios sanitarios y a eliminar las barreras que tradicionalmente han existido para las poblaciones indígenas (efectivas y de calidad).

Por último, los hallazgos de esta revisión pusieron en evidencia la consolidación de políticas públicas que van más allá del fortalecimiento de la infraestructura sanitaria para integrar la interculturalidad en la atención primaria, promoviendo así la consulta comunitaria. Impulsar modelos participativos que integren a las comunidades indígenas en la planificación, implementación y evaluación de acciones de salud fortalece la comunicación de la medicina tradicional con el sistema nacional de salud. Además, encontramos la necesidad de impulsar nuevas investigaciones sobre la efectividad de las estrategias de comunicación intercultural mediante diseños robustos que generen evidencia para reducir las desigualdades en salud y garantizar una atención equitativa, inclusiva y culturalmente pertinente de los pueblos indígenas ecuatorianos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Strengthening primary health care to tackle racial discrimination, promote intercultural services and reduce health inequities. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. World Health Organization. Global Plan of Action for the Health of Indigenous Peoples. Geneva: World Health Organization; 2025
3. González-Carvajal J, Andina-Díaz E, Solano-Ruiz C, et al. Intercultural Health: Healthcare Strategies in Hospitals—A Qualitative Meta-Synthesis. Nurs Forum. 2025/2026.

4. Quiroz-Hidrovo AL, Larrea-Killinger C, Rodríguez-Martín D. La hegemonía del modelo biomédico desde las representaciones del personal de salud en el contexto de un modelo de atención en salud con enfoque intercultural en Chugchilán, Ecuador. Saúde Soc. 2024;33(1):e230087.
5. Bautista-Valarezo E, Duque V, Verhoeven V, Mejia Chicaiza J, Hendrickx K, Maldonado-Rengel R, et al. Perceptions of Ecuadorian indigenous healers on their relationship with the formal health care system: barriers and opportunities. BMC Complement Med Ther. 2021;21:65. doi:10.1186/s12906-021-03234-0.
6. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71.
7. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. Int J Surg. 2014;12(12):1495-1499.
8. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n160.
9. World Health Organization. World report on the social determinants of health equity. Geneva: World Health Organization; 2023.
10. Pan American Health Organization. Health of Indigenous Peoples in the Region of the Americas. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2022.
11. United Nations Permanent Forum on Indigenous Issues. State of the World's Indigenous Peoples. New York: United Nations; 2023.
12. United Nations. The Sustainable Development Goals Report 2024. New York: United Nations; 2024.
13. World Health Organization. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care approach. Geneva: World Health Organization; 2022.
14. Pan American Health Organization. Promoting equity in the health of Indigenous Peoples. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2023.
15. Bautista-Valarezo E, Duque V, Verdugo Sánchez AE, Dávalos-Batallas V, Michels NRM, Hendrickx K, et al. Towards an indigenous definition of health: an explorative study to understand the indigenous Ecuadorian people's health and illness concepts. Int J Equity Health. 2020;19(1):101. doi:10.1186/s12939-020-1142-8.
16. Seifert G, Boujnah H, Ghods R, Wieland S, Aginam O, Chuthaputti A, et al. Promoting planetary health and well-being for all: harnessing indigenous knowledges for health with traditional, complementary and integrative health systems. Front Med (Lausanne). 2025;12:1543687. doi:10.3389/fmed.2025.1543687.
17. Llamas A, Mayhew S. “Five hundred years of medicine gone to waste”? Negotiating the implementation of an intercultural health policy in the Ecuadorian Andes. BMC Public Health. 2018;18:686. doi:10.1186/s12889-018-5601-8.
18. Deaconu A, Mercille G, Batal M, et al. Promoting traditional foods for human and environmental health: lessons from agroecology and Indigenous communities in Ecuador. BMC Nutr. 2021;7:1. doi:10.1186/s40795-020-00395-y.

19. Hillier SA, Taleb A, Chaccour E, Aenishaenslin C. Examining the concept of One Health for Indigenous communities: a systematic review. One Health. 2021;12:100248. doi:10.1016/j.onehlt.2021.100248.
20. Zhao X. Challenges and barriers in intercultural communication between patients with immigration backgrounds and health professionals: a systematic literature review. Health Commun. 2023;38(4):824-833. doi:10.1080/10410236.2021.1980188.
21. Whalen DH, Lewis ME, Gillson S, McBeath B, Alexander B, Nyhan K, et al. Health effects of Indigenous language use and revitalization: a realist review. Int J Equity Health. 2022;21:169. doi:10.1186/s12939-022-01782-6.
22. Vincze L, Barnes K, Somerville M, Littlewood R, Atkins H, Rogany A, et al. Cultural adaptation of health interventions including a nutrition component in Indigenous peoples: a systematic scoping review. Int J Equity Health. 2021;20:125. doi:10.1186/s12939-021-01462-x.
23. Nash S, Arora A. Interventions to improve health literacy among Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples: a systematic review. BMC Public Health. 2021;21:248. doi:10.1186/s12889-021-10278-x.
24. Verbunt E, Luke J, Paradies Y, Bamblett M, Salamone C, Jones A, et al. Cultural determinants of health for Aboriginal and Torres Strait Islander people: a narrative overview of reviews. Int J Equity Health. 2021;20:181. doi:10.1186/s12939-021-01514-2.
25. De Zilva S, Walker T, Palermo C, Brimblecombe J. Culturally safe health care practice for Indigenous Peoples in Australia: a systematic meta-ethnographic review. J Health Serv Res Policy. 2022;27(1):74-84. doi:10.1177/13558196211041835.
26. López Ramos L, Rivera Müller J, Véliz LH. Estrategias de consolidación de vínculos en contexto de intervenciones en salud intercultural en América Latina: una revisión sistemática. Rev Chil Enferm. 2022;4(1). doi:10.5354/2452-5839.2022.66641.
27. Pan American Health Organization. Strategy and plan of action on ethnicity and health 2022–2027. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2022.
28. Pan American Health Organization. Health of Indigenous Peoples in the Americas: regional situation and perspectives. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2023.