

## 57.º CONSEJO DIRECTIVO

### 71.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2019

---

Punto 4.11 del orden del día

CD57/13, Rev. 1  
3 de octubre del 2019  
Original: español

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

##### Introducción

1. En el marco de la salud universal, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han priorizado acciones para asegurar que todas las personas y comunidades tengan acceso, sin ningún tipo de discriminación, a servicios de salud que sean integrales, adecuados, oportunos y de calidad. Sin embargo, las relaciones de poder asimétricas y de dominación han dado lugar a que los miembros de ciertos grupos étnicos —entre ellos, la población indígena, afrodescendiente y romaní— experimenten sistemáticamente distintas formas de discriminación y exclusión que dan lugar a inequidades e injusticia social. La marginalización y la discriminación por razones de etnicidad,<sup>1</sup> incluido el racismo institucional, interactúan negativamente con otros determinantes estructurales, como el género, y producen inequidades en el ámbito de la salud en una región que, precisamente, se caracteriza por su rica diversidad étnica y cultural.

2. El reconocimiento de esta situación injusta junto con la necesidad de llevar a cabo acciones conjuntas sobre los determinantes sociales y la eliminación de la discriminación, así como el potencial de la cultura para mejorar la calidad de vida de las personas, llevó a la OPS a adoptar la *Política sobre etnicidad y salud* (documento CSP29/7, Rev.1) (1), lo que refleja el compromiso de avanzar hacia el logro del grado más alto posible de salud para toda la población en la Región de las Américas. Dicha política está orientada a desarrollar las medidas necesarias para garantizar el enfoque intercultural en el acceso a la atención y los servicios de salud, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la

---

<sup>1</sup> La Organización Panamericana de la Salud, 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. Si bien algunos países utilizan el concepto de raza como reconocimiento de las relaciones sociales construidas en el colonialismo y la esclavitud, para los efectos del presente documento se utilizará el término “eticidad”.

---

salud, desde un plano de igualdad y respeto mutuo, valorando las prácticas culturales de los grupos étnicos de la Región, sus estilos de vida, su organización social, sus sistemas de valores, sus tradiciones y sus cosmovisiones. De la misma manera, cabe destacar que, en el informe de la Comisión de Alto Nivel, *Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata*, se observó la necesidad de desarrollar modelos de atención basados en la atención primaria de la salud, centrados en las personas y las comunidades, considerando la diversidad humana, la interculturalidad y la etnicidad (2).

3. Con el propósito de cooperar con los Estados Miembros en la implementación de las orientaciones contenidas en la *Política sobre etnicidad y salud*, se presenta en este documento la *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025*.

### **Antecedentes**

4. La Región de las Américas constituye una región en la cual se expresan diferentes obstáculos relacionados con el reconocimiento y el respeto de los derechos humanos de los miembros de la población indígena, afrodescendiente y romaní, así como de los miembros de otros grupos étnicos. A lo largo del curso de la vida, las personas que pertenecen a estos grupos étnicos siguen experimentando discriminación estructural y poca representatividad e inclusión en los procesos de toma de decisiones, lo cual les impide el acceso a los servicios de salud, afecta la calidad de la atención que reciben y tiene un impacto general en sus condiciones de vida. Esto fue destacado en el *Informe de la Comisión de la OPS sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas*, indicando que las personas indígenas y afrodescendientes del continente americano están sujetas a numerosas desventajas que se traducen en el deterioro de su salud (3).<sup>2</sup>

5. Reconociendo estas desigualdades, los Estados Miembros de la OPS están adoptando medidas mediante el desarrollo de políticas, planes y programas para reducir las inequidades, promover la justicia social y eliminar las barreras a la salud que experimentan las personas pertenecientes a estos grupos de población. Asimismo, los distintos grupos étnicos de la Región han realizado importantes esfuerzos para fortalecer su capacidad organizativa, los cuales se expresan en la ampliación de la participación en las mesas de consulta y concertación a nivel nacional e internacional. Por ejemplo, 17 países de la Región han creado alguna entidad o mecanismo estatal con el mandato específico de gestionar la salud intercultural (4).

6. Por su parte, tal y como se hace referencia en la *Política sobre etnicidad y salud (1)*, algunas instancias como las Naciones Unidas han desarrollado instrumentos y estándares internacionales para dar respuesta a nivel mundial y regional en aquellos casos en que no se respetan los derechos humanos de los miembros de estos grupos

---

<sup>2</sup> Esta estrategia y plan de acción se centra en las medidas para abordar la discriminación y las inequidades en la salud que enfrentan los grupos étnicos, reconociendo a la vez las diferencias entre estos grupos, así como entre los países y dentro de ellos.

poblacionales, y esta estrategia y plan de acción está en consonancia con ellos, incluida la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en la que se hace explícito el compromiso de no dejar a nadie atrás (5).

### **Análisis de la situación**

7. Las personas que pertenecen a los grupos étnicos como la población indígena, afrodescendiente y romaní permanecen muchas veces invisibles estadísticamente en los sistemas nacionales de información y en los censos nacionales debido a que algunos países no incluyen la variable de autoidentificación étnica.

8. Según los datos disponibles correspondientes al 2015, la población afrodescendiente en América Latina se estimaba en 130 millones de personas (6). En Brasil superó el 50% de la población de acuerdo con su último censo, y en Estados Unidos se calcula que hay 40 millones de personas afrodescendientes, lo que equivale al 13% de la población total (7). Con respecto a la población indígena en la Región, se estimaba que en el 2010 era de al menos 44,8 millones de personas, distribuidas en 826 pueblos indígenas, la mayor parte concentrada en México (17 millones) y Perú (7 millones), seguidos de Guatemala y Bolivia (6 millones en cada país) (4). En relación con la población romaní, aunque su presencia en el continente americano se remonta a la época de la colonización, en la actualidad no es posible establecer con precisión su dimensión en la Región, ya que las rondas censales no incorporan esta variable, lo que contribuye a su invisibilidad en las estadísticas nacionales. Solamente en Brasil, en el año 2015, la población romaní superaba el medio millón de personas (8).

9. Las cifras de las encuestas de hogares disponibles ponen de manifiesto que, al agregar la dimensión étnica, la población indígena y afrodescendiente sufre mayores niveles de pobreza y pobreza extrema, lo que implica que esos fenómenos están marcados por significativas brechas étnicas (6). El análisis de la situación de salud en relación con la etnicidad requiere de un abordaje que permita identificar los procesos por los cuales hay diferencias en las condiciones de vida de estos grupos y las de otros grupos poblacionales. Si se incluye un análisis interseccional de etnicidad con perspectiva de género, la situación se ve agravada, lo cual además empeora si se incluyen otros factores de identidad, como la edad, la religión y la orientación sexual.

### ***Análisis de las desigualdades en la salud***

10. A pesar de la limitada disponibilidad de datos desglosados en los sistemas de información de salud, es posible evidenciar las desigualdades en la salud que afectan a estas poblaciones. En las zonas de población indígena, los datos disponibles permiten constatar que en el perfil epidemiológico de estos grupos poblacionales persisten altas tasas de incidencia y mortalidad por enfermedades transmisibles, como la tuberculosis, y no transmisibles, como la diabetes asociada a la malnutrición y la obesidad (9). Así, por ejemplo, la probabilidad de padecer tuberculosis en una persona que se autoidentifica como indígena en Paraguay es nueve veces mayor que en personas no indígenas; y en

países como Brasil, Venezuela, Panamá y Colombia es entre dos y tres veces mayor (10). En la Región de las Américas, las personas que se autoidentifican como indígenas representaron el 13% del total de casos de malaria, así como el 7% de las defunciones, entre el 2010 y el 2016 (11).

11. A partir de un análisis interseccional del género y la etnicidad es posible observar que las desigualdades están aún más presentes en el caso de las mujeres que pertenecen a la población indígena, afrodescendiente o romaní. Por ejemplo, aunque la tasa de mortalidad materna se ha reducido en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe en las últimas dos décadas, sigue siendo alta en las mujeres afrodescendientes. Dado que en los registros de nacimientos y defunciones de algunos países de la Región se ha incluido la identificación étnico-racial, como es el caso de Brasil, Colombia y Ecuador, es posible observar las evidentes desigualdades. Por ejemplo, la razón de la mortalidad materna en Brasil es 1,4 veces mayor en las mujeres afrodescendientes, mientras que en Colombia es 2,3 veces superior al total nacional y en Ecuador llega a ser casi 4 veces mayor (12). Algo similar ocurre en relación con la mortalidad materna en los pueblos indígenas. Así, en el caso de México, los municipios predominantemente indígenas, con alto índice de marginación y aislamiento geográfico-social, registran un riesgo de muerte materna en mujeres indígenas hasta nueve veces mayor que los municipios con mayor acceso a servicios y atención de salud (13, 14).

12. Por otra parte, varios estudios, de acuerdo con la información disponible en las encuestas de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño, revelan las desigualdades que experimentan los miembros de la población indígena y afrodescendiente en la Región en comparación con los descendientes de europeos y las personas con ascendencia mestiza (15-17).

13. Un análisis de nueve países basado en la mortalidad, la fertilidad y los resultados nutricionales indica que los niveles de mortalidad de menores de 5 años en el 2010 fueron entre un 31% y un 220% más elevados en los niños indígenas que en los niños no indígenas (18) (véase la figura 1 en el anexo A).

14. En otro análisis de 16 países de la Región sobre la cobertura de intervenciones en salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño (13, 17) se muestra que la magnitud de las brechas étnicas varía sustancialmente de un país a otro. Los resultados indican que en la mayoría de los países el uso de anticonceptivos modernos, la atención prenatal y el cuidado del parto fue menor en las mujeres indígenas. Con respecto a la vacunación contra la difteria, la tos ferina y el tétanos, solo tres países mostraron brechas significativas que implicaban una cobertura más baja en los niños indígenas. Tras un ajuste por riqueza, educación y residencia, las diferencias, aunque atenuadas, persistieron de todas maneras. Por su parte, las mujeres y los niños afrodescendientes mostraron una cobertura similar a la del grupo de referencia en la mayoría de los países.

15. En lo que respecta al análisis interseccional de la etnicidad y la riqueza familiar, en Guatemala, por ejemplo, el retraso en el crecimiento infantil (medido por la estatura baja para la edad), un indicador de la desnutrición a largo plazo, muestra que los niños indígenas están en peor situación que los niños que no son indígenas con el mismo nivel de riqueza familiar (19). En este sentido, los niveles de prevalencia del retraso en el crecimiento en los niños indígenas en el 2014 fueron más altos que los observados para los niños no indígenas en 1995, lo que muestra un retraso de 20 años en el estado nutricional de los primeros (véase la figura 2 en el anexo A).

16. Como se mencionó antes, la bibliografía en la Región muestra brechas étnicas en relación con otros problemas de salud, como la tuberculosis, el suicidio, el alcoholismo y las enfermedades parasitarias y de transmisión sexual, entre otros (20). Estas diferencias deben analizarse a la luz del contexto histórico de exclusión, discriminación y falta de respuestas culturalmente adecuadas que han experimentado estos grupos de población.

17. Las desigualdades estructurales profundizan las desigualdades en la incidencia y prevalencia de las enfermedades mentales y las inequidades de acceso al tratamiento eficaz de la salud mental. Esas desigualdades se dan entre los diferentes grupos étnicos en el continente americano, así como entre diferentes grupos socioeconómicos, y entre hombres y mujeres (3).

18. Aunque se trata de un grupo poblacional con identidad y cultura propias, poco se sabe de la situación de la población romaní en muchos países de la Región. Se desconoce el tamaño de esta población, sus condiciones socioeconómicas y su situación de salud, entre otros aspectos. La población romaní enfrenta obstáculos considerables para acceder a los servicios de salud; en algunos países, por ejemplo, por razones de discriminación, los padres tienen dificultades para vacunar a sus hijos (8).

### ***Avances en materia de políticas***

19. Algunos países de la Región han fortalecido sus capacidades institucionales para abordar el tema de la etnicidad y la salud con un enfoque intercultural. Por ejemplo, el impulso de los enfoques diferenciados para los distintos grupos étnicos se considera una herramienta esencial para abordar las prioridades de salud de los distintos grupos y para la mejora de los servicios de salud, así como para la eliminación de la discriminación. Del mismo modo, ha aumentado el reconocimiento de la medicina tradicional y su articulación en los sistemas de salud; algunos de los países que han avanzado en este sentido son Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, México, Nicaragua y Perú.

### **Propuesta**

20. Esta estrategia promueve los enfoques interculturales en la salud e impulsa acciones sobre los determinantes sociales de la salud, con la participación de los grupos involucrados e incorporando la perspectiva de género, para operacionalizar las cinco líneas de acción estratégicas priorizadas en la *Política sobre etnicidad y salud*, a saber:

a) generación de evidencia, b) impulso de la 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.

### Líneas de acción estratégicas

21. Una ejecución coherente e integrada de las líneas de acción propuestas en el presente plan de acción, según corresponda al contexto y las prioridades nacionales, influirá positivamente en la salud de la población indígena, afrodescendiente y romaní, reducirá las inequidades en materia de salud y contribuirá al logro de las metas al nivel del impacto que se indican a continuación.

Objetivo	Indicador	Línea de base (2019)	Meta (2025)
1. Reducción de la razón de mortalidad materna	Número de países y territorios que han reducido la brecha de mortalidad materna en al menos un 30% en al menos una de las siguientes poblaciones: indígenas, afrodescendientes y romaníes	0	12
2. Reducción de la tasa de mortalidad de menores de 5 años	Número de países y territorios que han reducido la brecha de mortalidad de menores de 5 años en al menos un 30% en al menos una de las siguientes poblaciones: indígenas, afrodescendientes y romaníes	0	12
3. Reducción en la incidencia de tuberculosis	Número de países y territorios que han reducido la incidencia de tuberculosis en población indígena, afrodescendiente o romaní en al menos un 50% en comparación con 2015	0	8

#### *Línea de acción estratégica 1: Generación de evidencia*

22. Esta línea de acción estratégica tiene como propósito la producción, la gestión integral y el análisis de información de salud desglosada por etnicidad, incluidos los determinantes de la salud, para la toma de decisiones sobre políticas públicas en materia de salud.

<b>Objetivo</b>	<b>Indicador*</b>	<b>Línea de base (2019)</b>	<b>Meta (2025)</b>
<b>1.1</b> Promover la producción de datos e información desglosada sobre la salud de los distintos grupos étnicos y sus determinantes	<b>1.1.1</b> Número de países y territorios que incorporan la autoidentificación étnica como variable en sus registros de estadísticas vitales (nacimientos y defunciones)	8	15
	<b>1.1.2</b> Número de países y territorios que capturan datos sobre la autoidentificación étnica en los registros administrativos de salud	8	15
<b>1.2</b> Fortalecer las capacidades institucionales para realizar un análisis de la situación de salud con un enfoque étnico	<b>1.2.1</b> Número de países y territorios que cuentan con un perfil nacional de la situación de salud actualizado con datos desglosados por etnicidad y sexo	10	15
<b>1.3</b> Promover la investigación sobre la salud de la población indígena, afrodescendiente, romaní y de otros grupos étnicos	<b>1.3.1</b> Número de países y territorios que incorporan en su agenda de investigación un compromiso explícito para examinar la etnicidad y la salud	8	12
	<b>1.3.2</b> Numero de países y territorios que han completado algún estudio sobre barreras para el acceso equitativo a los servicios de salud	24	36
<b>1.4</b> Promover mecanismos de diseminación de información sobre etnicidad y salud, y su uso para la toma de decisiones, la promoción de este enfoque y la rendición de cuentas	<b>1.4.1</b> Número de países y territorios que usan la información de salud de los diversos grupos étnicos en el desarrollo de políticas, estrategias, planes o programas	16	36

\* Desglosado por población indígena, afrodescendiente o romaní, según corresponda a la composición étnica de cada país.

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

23. Esta línea de acción implica que se lleven a cabo intervenciones en las que se reconozca e implemente un abordaje intercultural e intersectorial, junto con acciones sobre los determinantes sociales y la eliminación de la discriminación. Es necesario, para ello, identificar vacíos normativos en relación con estándares internacionales; proponer marcos de política que respeten el derecho al goce del grado máximo de salud para todas las personas y que favorezcan y promuevan la equidad, la interculturalidad y el acceso a los servicios y la atención de salud de calidad según las necesidades específicas de las personas a lo largo del curso de la vida, teniendo en cuenta el contexto nacional y local.

<b>Objetivo</b>	<b>Indicador*</b>	<b>Línea de base (2019)</b>	<b>Meta (2025)</b>
<b>2.1</b> Promover acciones de política pública que aborden la etnicidad y la salud	<b>2.1.1</b> Número de países que han ratificado el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre pueblos indígenas y tribales	13	15
	<b>2.1.2</b> Número de países y territorios que implementan políticas que abordan las inequidades étnicas en la salud	17	26
	<b>2.1.3</b> Número de países y territorios que han incorporado la etnicidad y la salud en sus agendas nacionales de desarrollo	13	19
<b>2.2</b> Impulsar sistemas y servicios de salud culturalmente apropiados para todos	<b>2.2.1</b> Número de países y territorios que desarrollan o cuentan con sistemas de salud con un enfoque intercultural	16	26
	<b>2.2.2</b> Número de países y territorios que cuentan con políticas que abordan la discriminación por origen étnico en el sistema de salud	6	12
<b>2.3</b> Promover mecanismos de rendición de cuentas para la reducción de las inequidades en salud	<b>2.3.1</b> Número de países y territorios que producen un informe periódico para rendir cuentas sobre la reducción de inequidades étnicas en la salud	0	6

\* Desglosado por población indígena, afrodescendiente o romaní, según corresponda a la composición étnica de cada país.



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

24. Esta línea de acción busca fomentar la participación social y la rendición de cuentas respetando las formas organizativas de la población indígena, afrodescendiente y romaní, así como de otros grupos étnicos. Asimismo, se busca establecer alianzas estratégicas con estos grupos y otros actores relevantes para el desarrollo de políticas y acciones relacionadas con la salud, con la idea de que participen en el diseño, la implementación, la evaluación y la reformulación de planes, programas y políticas de salud.

<b>Objetivo</b>	<b>Indicador*</b>	<b>Línea de base (2019)</b>	<b>Meta (2025)</b>
<b>3.1</b> Promover la participación de los diversos grupos étnicos en el desarrollo de políticas y acciones relacionadas con su salud	<b>3.1.1</b> Número de países y territorios que garantizan la participación social de los diversos grupos étnicos en los mecanismos nacionales relacionados con políticas y acciones de salud	15	26
	<b>3.1.2</b> Número de países y territorios que disponen de mecanismos oficiales para la participación social en la rendición de cuentas sobre la reducción de las inequidades étnicas en salud	8	16

\* Desglosado por población indígena, afrodescendiente o romaní, según corresponda a la composición étnica de cada país.

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

25. El reconocimiento de los conocimientos ancestrales es esencial para aprovechar el potencial de la medicina tradicional de forma que contribuya al acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, incluida la articulación o la integración de servicios en los sistemas nacionales de salud y la adopción de intervenciones para el autocuidado con un abordaje intercultural.

26. Con esta línea prioritaria se busca potenciar el diálogo de saberes que facilite el desarrollo y el fortalecimiento de modelos interculturales de salud como una forma de lograr la atención centrada en las necesidades de las personas y las comunidades. Para ello, deben considerarse las diversas cosmovisiones de la población indígena, afrodescendiente, romaní y de otros grupos étnicos, según sea aplicable al contexto nacional.

Objetivo	Indicador*	Línea de base (2019)	Meta (2025)
4.1 Promover el reconocimiento, el respeto y la protección de la medicina tradicional, ancestral y complementaria, basada en el conocimiento, en los sistemas nacionales de salud	4.1.1 Número de países y territorios que cuentan con leyes, políticas o estrategias para reconocer, respetar, proteger e incorporar la medicina tradicional, ancestral y complementaria, basada en el conocimiento, en los sistemas nacionales de salud	17	24
	4.1.2 Número de países y territorios que cuentan con instancias institucionales y herramientas orientadoras para promover el respeto hacia los sabedores tradicionales y terapeutas ancestrales en el sector de la salud	10	24

\* Desglosado por población indígena, afrodescendiente o romaní, según corresponda a la composición étnica de cada país.

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

27. Con esta línea de acción se promueve la capacitación del personal de salud institucional y comunitario para facilitar y promover la acción intercultural y las condiciones para el diálogo de saberes. De igual forma, promueve el fortalecimiento de la práctica y los saberes de los agentes de la medicina tradicional, basada en el conocimiento. Se impulsa la inclusión de la interculturalidad y la acción sobre los determinantes sociales en los diseños curriculares de las carreras profesionales y la educación continua del ámbito de la salud. En el mismo sentido, se fomenta la representatividad en los sistemas de salud de la población indígena, afrodescendiente y romaní y de otros grupos étnicos, según corresponda a la realidad de cada país, para asegurar que la atención de salud sea culturalmente pertinente, empodere a la comunidad y responda a las necesidades específicas. Asimismo, con esta línea de acción se busca contribuir a eliminar todas las formas de racismo y discriminación en los servicios de salud que frecuentemente sufren los diversos grupos étnicos.

Objetivo	Indicador*	Línea de base (2019)	Meta (2025)
5.1 Fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias en cuanto a la etnicidad y la salud	5.1.1 Número de países y territorios que han incorporado la interculturalidad en los contenidos curriculares de las carreras profesionales en ciencias de la salud o que han incluido la formación en competencias interculturales para los profesionales de la salud	10	15

Objetivo	Indicador*	Línea de base (2019)	Meta (2025)
	<b>5.1.2</b> Número de países y territorios que cuentan con mecanismos institucionales para incorporar a profesionales procedentes de los diversos grupos étnicos en los servicios de salud	10	15
	<b>5.1.3</b> Número de países y territorios que cuentan con mecanismos formales para la capacitación sobre interculturalidad del personal de salud a nivel comunitario	5	10

\* Desglosado por población indígena, afrodescendiente o romaní, según corresponda a la composición étnica de cada país.

### Seguimiento y evaluación

28. La estrategia y plan de acción contribuirán al resultado intermedio 26 del Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025. Las líneas estratégicas de acción se operacionalizarán a través del presupuesto por programas de la Organización. La Oficina Sanitaria Panamericana elaborará una guía metodológica para apoyar la medición de los indicadores establecidos en la presente estrategia y plan de acción. Se realizará un informe de progreso en el 2023 en el que se evaluarán el progreso realizado hacia las metas. En el 2026, tras concluir la ejecución del plan de acción, se emitirá un informe final.

### Repercusiones financieras

29. El costo total estimado para la cooperación técnica de la OPS en la ejecución de la estrategia y plan de acción durante su ciclo completo del 2019 al 2025, incluidos los gastos de personal y actividades, es de US\$ 4.375.000. El financiamiento de las iniciativas de los países será asumido por los Estados Miembros. En el anexo C se ofrece información más detallada.

### Intervención del Consejo Directivo

30. Se invita al Consejo Directivo a que examine la *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025*, haga las recomendaciones que considere pertinentes y considere la posibilidad de aprobar el proyecto de resolución que figura en el anexo B.

Anexos

## Referencias

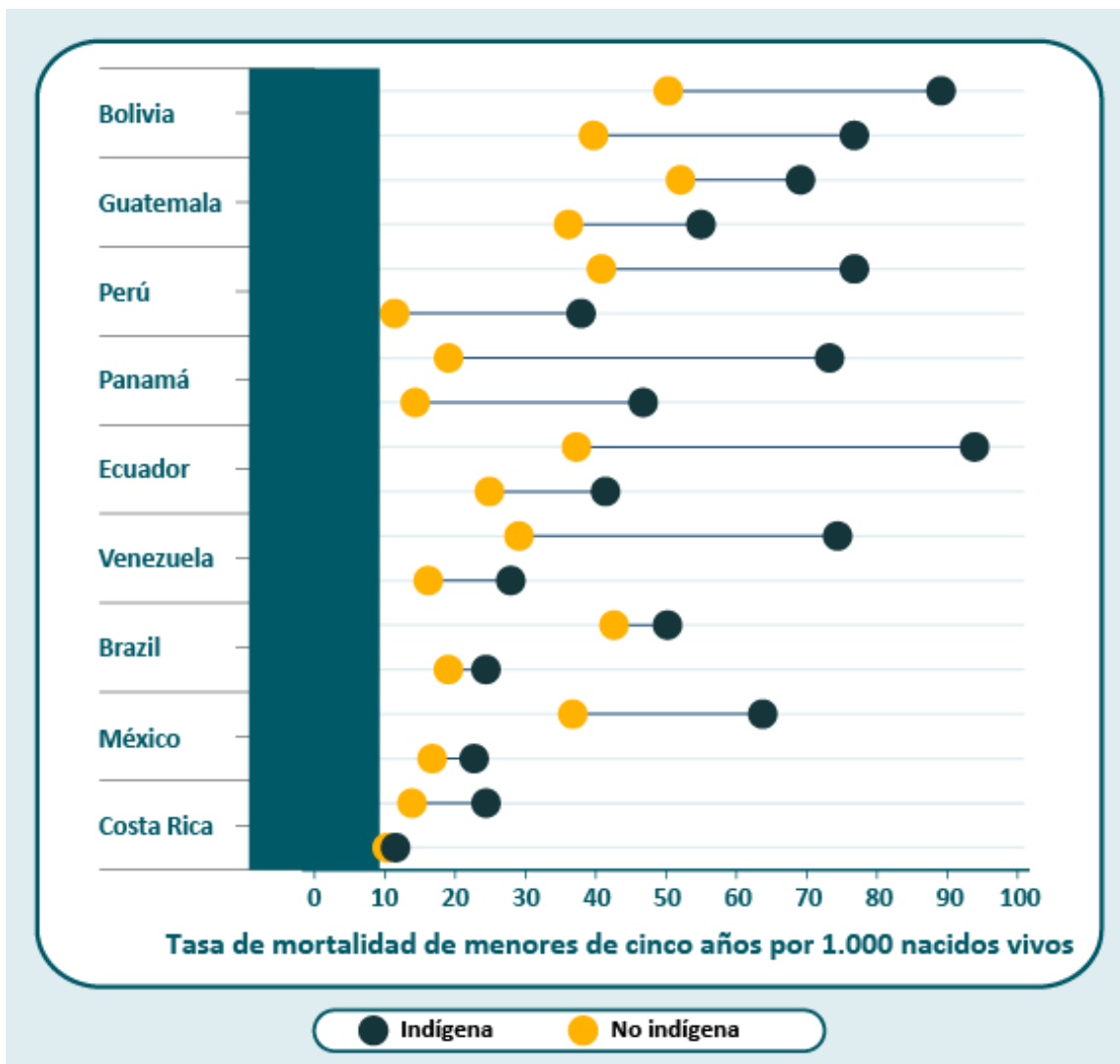
1. Organización Panamericana de la Salud. Política sobre etnicidad y salud [Internet]. 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2017; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2017 (documento CSP29/7, Rev. 1) [consultado el 3 de enero del 2019]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=42014&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42014&Itemid=270&lang=es)
2. Organización Panamericana de la Salud. “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Washington, DC: OPS; 2019.[Consultado el 20 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/50960>
3. 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. Washington, DC: OPS; 2018. [Consultado el 20 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49505>
4. Del Popolo F (ed.). Los pueblos indígenas en América (Abya Yala). Desafíos para la igualdad en la diversidad [Internet]. Santiago (Chile): Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); diciembre del 2017 [consultado el 3 de enero del 2019]. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43187/6/S1600364\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43187/6/S1600364_es.pdf)
5. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; del 15 de septiembre del 2015 al 12 de septiembre del 2016; Nueva York. Nueva York: Naciones Unidas; 2015 (resolución A/RES/70/1) [consultado el 3 de enero del 2019]. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>
6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Situación de las personas afrodescendientes en América Latina y desafíos de políticas para la garantía de sus derechos [Internet]. Santiago (Chile): CEPAL; diciembre del 2017 [consultado el 3 de enero del 2019]. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42654/1/S1701063\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42654/1/S1701063_es.pdf)
7. World Population Review. United States [Internet]. 2019 [consultado el 3 de enero del 2019]. Disponible en: <http://worldpopulationreview.com/countries/>

8. Consejo de Derechos Humanos. Seminario regional sobre la situación del Pueblo Rom en las Américas [Internet]. Trigésimo primer período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos; del 29 de febrero al 24 de marzo del 2016; Ginebra. Ginebra: CDH; 2016 (documento A/HRC/31/CRP.2) [consultado el 3 de enero del 2019]. Disponible en:  
[https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session31/Documents/A\\_HRC.31.CRP.2\\_S.docx](https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session31/Documents/A_HRC.31.CRP.2_S.docx)
9. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Los pueblos indígenas en América Latina: Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos, Santiago (Chile): CEPAL; 2014 (LC/L.3902) [consultado el 24 de abril del 2018]. Disponible en:  
[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37222/S1420521\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37222/S1420521_es.pdf)
10. Organización Panamericana de la Salud. Información suministrada por los programas nacionales de tuberculosis de los países a través de las representaciones de la OPS. 2018.
11. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la malaria en la Región de las Américas, 2000-2016 [Internet]. Washington, DC: OPS; 2016 [consultado el 3 de enero del 2019]. Disponible en:  
[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=statistics-data-maps-8109&alias=45344-situation-malaria-region-americas-2000-2016-344&Itemid=270&lang=en](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=statistics-data-maps-8109&alias=45344-situation-malaria-region-americas-2000-2016-344&Itemid=270&lang=en)
12. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Mujeres afrodescendientes en América Latina y el Caribe. Deudas de igualdad [Internet]. Santiago (Chile): CEPAL; 2018 [consultado el 3 de enero del 2019]. Disponible en:  
[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43746/1/S1800190\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43746/1/S1800190_es.pdf)
13. Castro A, Savage V, Kaufman H. Assessing equitable care for indigenous and afrodescendant women in Latin America. Rev Panam Salud Publ [Internet]. 2015 [consultado el 3 de enero del 2019];38(2):96-109. Disponible en:  
[https://scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892015000700002&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000700002&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
14. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Mujeres indígenas en América Latina: dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos [Internet]. Santiago (Chile): CEPAL; 2013 [consultado el 3 de enero del 2019]. Disponible en:  
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/4100-mujeres-indigenas-america-latina-dinamicas-demograficas-sociales-marco-derechos>

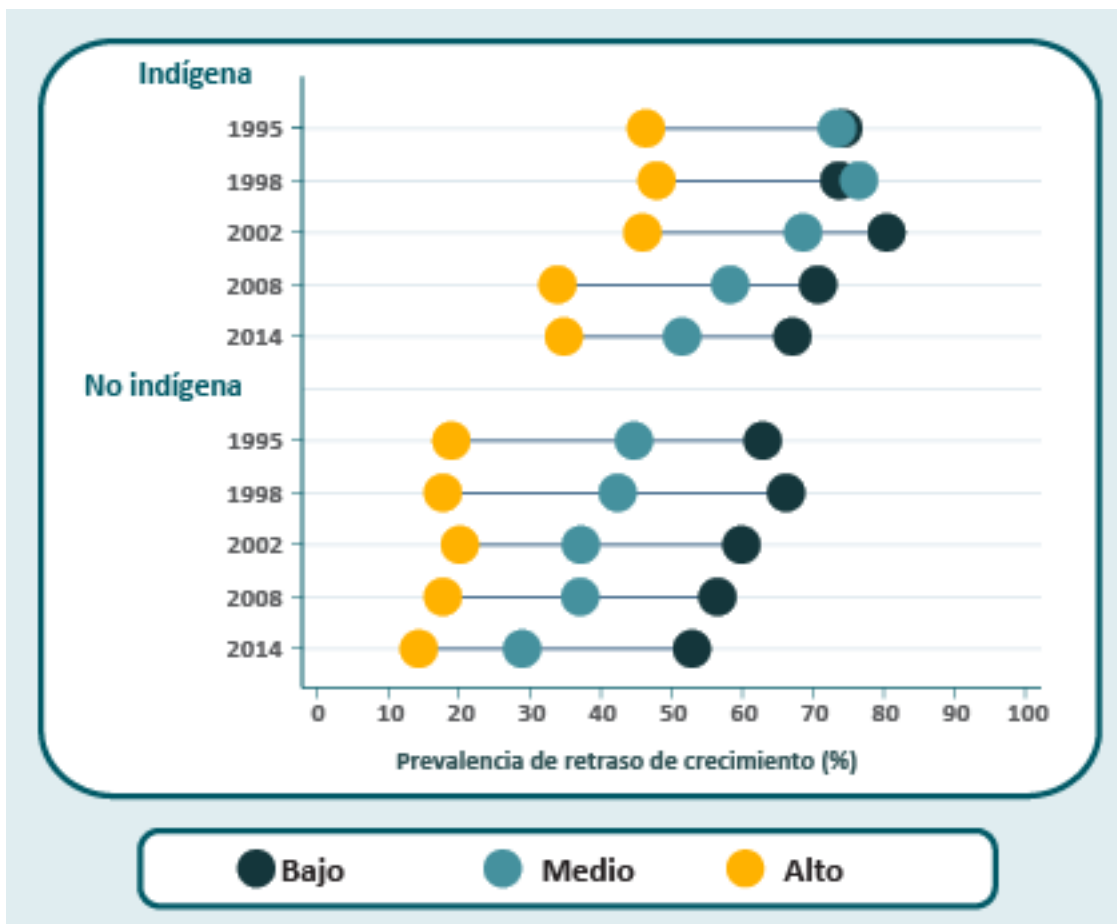
15. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama social de América Latina [Internet]. Santiago (Chile): CEPAL; 2006 [consultado el 3 de enero del 2019]. Disponible en:  
[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1225/S0600674\\_es.pdf;jsessionid=ADDB35C3953930C6CEA1C899F7607F8B?sequence=1](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1225/S0600674_es.pdf;jsessionid=ADDB35C3953930C6CEA1C899F7607F8B?sequence=1)
16. Del Popolo F, Schkolnik S. Pueblos indígenas y afrodescendientes en los censos de población y vivienda de América Latina: avances y desafíos en el derecho a la información. Notas de población [Internet]. 2017 [consultado el 3 de enero del 2019];15(97):205-47. Disponible en:  
[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35946/np97205247\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35946/np97205247_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
17. Mesenburg MA, Restrepo-Mendez MC, Amigo H, Balandrán AD, Barbosa-Verdun MA, Caicedo-Velásquez B, et al. Ethnic group inequalities in coverage with reproductive, maternal and child health interventions: cross-sectional analyses of national surveys in 16 Latin America and the Caribbean countries. Lancet Glob Health [Internet]. 2018 [consultado el 3 de enero del 2019];6(8):e902-e913. Disponible en:  
[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30300-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30300-0/fulltext)
18. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Los pueblos indígenas en América Latina: Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos. Síntesis [Internet]. Santiago (Chile): CEPAL; 2014. [consultado el 3 de enero del 2019]. Disponible en:  
[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37050/4/S1420783\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37050/4/S1420783_es.pdf)
19. Gatica-Domínguez G, et al. Ethnic inequalities in stunting prevalence in Guatemala 1995-2014. 1<sup>st</sup> World Congress on Migration, Ethnicity, Race and Health; del 17 al 19 de mayo del 2018; Edimburgo (Reino Unido).
20. Montenegro RA, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. Lancet [Internet]. 2006 [consultado el 3 de enero del 2019];367(9525):1859-69. Disponible en:  
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)68808-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)68808-9/fulltext)

Anexo A

**Figura 1. Tasa de mortalidad de menores de 5 años en las comunidades indígenas y no indígenas en nueve países de la Región, años 2000 y 2010**



**Figura 2. Prevalencia del retraso del crecimiento en menores de 5 años según la etnia y los terciles de riqueza, en Guatemala, años 1995 y 2014**





## 57.º CONSEJO DIRECTIVO

### 71.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2019

---

CD57/13, Rev. 1  
Anexo B  
Original: español

### *PROYECTO DE RESOLUCIÓN*

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

#### *EL 57.º CONSEJO DIRECTIVO,*

(PP1) Habiendo examinado la *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025* (documento CD57/13, Rev. 1);

(PP2) Tomando en cuenta que la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó en septiembre del 2017 la *Política sobre etnicidad y salud*, en cuya resolución se solicita a la Directora que continúe priorizando la etnicidad como un eje transversal, en armonización con el género, la equidad y los derechos humanos, en la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS);

(PP3) Habiendo considerado que en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se declara que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”;

(PP4) Observando que la adopción de medidas en el marco de la salud intercultural podría ayudar a mejorar los resultados en salud de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos, en línea con el Plan Estratégico de la OPS 2020-2025, sus objetivos estratégicos, sus resultados previstos a nivel regional y sus indicadores;

(PP5) Considerando las lecciones aprendidas y las resoluciones ya aprobadas que reconocen la necesidad de fortalecer la salud intercultural en las intervenciones de salud;

---

(PP6) Asumiendo la visión de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025, la *Política de la OPS en materia de igualdad de género*, la resolución sobre *Salud y los derechos humanos*, la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, y el *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas*,

**RESUELVE:**

(OP)1. Aprobar e implementar la *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025* (documento CD57/13, Rev. 1).

(OP)2. Instar a los Estados Miembros, teniendo en cuenta sus contextos y necesidades, a que promuevan el cumplimiento de los objetivos e indicadores de la *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025* para avanzar de manera más expedita en el itinerario planteado por la *Política sobre etnicidad y salud*.

(OP)3. Solicitar a la Directora que, dentro de las posibilidades financieras de la Organización:

- a) apoye técnicamente a los Estados Miembros en la implementación de la *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025*;
- b) mantenga la etnicidad y la salud como un tema transversal en la cooperación técnica de la OPS;
- c) fortalezca los mecanismos de coordinación y colaboración interinstitucionales para lograr sinergias y eficiencia en la cooperación técnica, incluso dentro del sistema de las Naciones Unidas, el sistema interamericano y con otros interesados que trabajan en el ámbito de la etnicidad y la salud, en particular con los mecanismos de integración subregional y las instituciones financieras internacionales pertinentes;
- d) rinda cuentas periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre los progresos realizados y los desafíos enfrentados en la ejecución de la estrategia y plan de acción.



## Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas de la resolución propuesta para la Oficina Sanitaria Panamericana

**1. Punto del orden del día:** 4.11 Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025

**2. Relación con el proyecto de Presupuesto por programas de la OPS 2020-2021:\***

*Resultado intermedio 26:* Fortalecimiento del liderazgo y la capacidad de los países para impulsar la equidad y la igualdad étnica y de género en la salud, en un marco de derechos humanos

*\* El proyecto de Presupuesto por programas de la OPS 2020-2021 se presentó ante el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en su 13.ª sesión y el Comité Ejecutivo en su 164.ª sesión. El 57.º Consejo Directivo examinará este proyecto en septiembre del 2019. En consecuencia, la versión final del presupuesto por programas puede contener ciertos cambios en los resultados intermedios, los cuales se reflejarán también en esta estrategia y plan de acción.*

**3. Repercusiones financieras:**

**a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su periodo de vigencia (incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):**

El costo total estimado para el plan de acción es de US\$ 4.375.000. Esta estimación tiene en cuenta la suma total necesaria para las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana. Sin embargo, los resultados solo se lograrán si los Estados Miembros también aumentan sus inversiones estratégicas a favor de la salud de los pueblos indígenas, los afrodescendientes y los romaníes. Por consiguiente, la cantidad total necesaria para las actividades clave a nivel de país no se ve reflejada en esta estimación. El monto estimado para recursos humanos (véase el cuadro siguiente) toma en consideración a los funcionarios de la OPS a nivel regional y de país. Los montos estimados para las actividades (capacitación, consultores, viajes y reuniones, publicaciones y suministros) se calcularon considerando los fondos ordinarios y las contribuciones voluntarias que se deberán movilizar durante el período de aplicación de la estrategia y plan de acción.

Áreas	Costo estimado (US\$)
Recursos humanos	1.093.750
Capacitación	1.531.250
Consultores/contrato de servicios	656.250
Viajes y reuniones	437.500
Publicaciones	437.500
Materiales y otros gastos	218.750
<b>Total</b>	<b>4.375.000</b>

**b) Costo estimado para el bienio 2020-2021 (incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):**

El costo estimado para el bienio 2020-2021 es de US\$ 1.750.000.

**c) Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?**

US\$ 930.000, monto estimado sumando la actividad de un asesor (P4) y un especialista (P3) a tiempo completo, y un asesor (P4) con dedicación parcial (50%).

**4. Repercusiones administrativas:**

**a) Indicar a qué niveles de la Organización se realizará el trabajo:**

Se involucrarán todos los niveles de la Organización: programático, de país, regional y subregional. También se necesitará la participación activa de los ministerios de salud de los Estados Miembros y las organizaciones y mecanismos subregionales.

**b) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal):**

Actualmente se cuenta con un puesto de asesor en diversidad cultural (P4) con una dedicación al 100% y un asesor en género y etnicidad en salud con una dedicación enfocada a la generación de evidencia al 50%. Se requerirá adicionalmente un puesto de especialista en diversidad cultural (nivel P3) con dedicación del 100%.

**c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación):**

La ejecución empezará tan pronto como esta estrategia y plan de acción sea aprobada por el Consejo Directivo para garantizar su inclusión en el nuevo Plan Estratégico y en el presupuesto por programas. Se realizará un informe de progreso en el 2023 para evaluar los progresos alcanzados hacia el logro de las metas. Cuando concluya la ejecución del plan de acción en el 2026, se emitirá un informe final.



## Plantilla analítica para vincular los puntos del orden del día con los mandatos institucionales

<b>1.</b>	<b>Punto del orden del día:</b> 4.11 Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025
<b>2.</b>	<b>Unidad a cargo:</b> Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural
<b>3.</b>	<b>Funcionario a cargo:</b> Dra. Sandra del Pino
<b>4.</b>	<p><b>Vínculo entre este punto del orden del día y la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030:</b></p> <p>Se vincula con el Objetivo 11, “Reducir las desigualdades e inequidades en torno a la salud por medio de enfoques intersectoriales, multisectoriales, regionales y subregionales de los determinantes sociales y ambientales de la salud”. Este objetivo es importante para abordar las inequidades persistentes en torno a la salud en la Región. En consonancia con los principios de esta Agenda y de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de no dejar a nadie atrás, en este objetivo se consideran estrategias multisectoriales para reducir las inequidades en la salud al promover la salud y el bienestar mediante acciones sobre los determinantes de la salud, incluida la protección social, abordando los temas del género, la etnicidad y los derechos humanos.</p>
<b>5.</b>	<p><b>Vínculo entre este punto del orden del día y el proyecto de Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025:*</b></p> <p><i>Resultado Intermedio 26: Liderazgo y capacidad nacional fortalecidos para avanzar la equidad en salud, la igualdad de género y étnica en salud dentro de un marco de derechos humanos.</i></p> <p><i>* El proyecto de Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 se presentó ante el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en su 13.ª sesión y el Comité Ejecutivo en su 164.ª sesión. El 57.º Consejo Directivo examinará este proyecto en septiembre del 2019. En consecuencia, la versión final del Plan Estratégico puede contener ciertos cambios en los resultados intermedios, los cuales se reflejarán también en esta estrategia y plan de acción.</i></p>
<b>6.</b>	<p><b>Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculados a este punto del orden del día:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerios de salud e instituciones de salud nacionales.</li> <li>• Otros organismos y entidades gubernamentales que trabajen con la población indígena, afrodescendiente y romaní, y los miembros de otros grupos étnicos, en particular las relacionadas con la salud intercultural.</li> <li>• Centros colaboradores de la OPS/OMS.</li> <li>• Organizaciones de la sociedad civil y de la población indígena, afrodescendiente y romaní, y los miembros de otros grupos étnicos.</li> <li>• Universidades.</li> <li>• Organismos de las Naciones Unidas y organizaciones especializadas.</li> </ul>

- Órganos de tratado y otros mecanismos del sistema de Naciones Unidas con relevancia para la salud de la población indígena, afrodescendiente y romaní, y los miembros de otros grupos étnicos, según corresponda, como los procedimientos especiales de las Naciones Unidas.
- Organización de los Estados Americanos y Comisión Interamericana de Derechos Humanos.
- Otros asociados internacionales en el ámbito de la cooperación en materia de salud.
- Mecanismos de integración subregional vinculados a la salud intercultural y la población indígena, afrodescendiente, romaní y los miembros de otros grupos étnicos, según corresponda.

**7. Prácticas óptimas en esta área y ejemplos provenientes de los países de la Región de las Américas:**

- Diversos países de la Región cuentan con modelos de salud intercultural indígena, en los cuales se observa una armonización entre los conocimientos tradicionales con la medicina occidental: Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, México, Nicaragua, Perú.
- Diversos países también han desarrollado herramientas para operativizar las políticas, normas y protocolos. Algunos ejemplos:
  - Implementación de rutas de atención en salud mental con énfasis en la prevención de suicidios para los pueblos indígenas en Colombia.
  - Guía para el abordaje en salud de los pueblos indígenas en aislamiento en Perú.
  - Código Rojo comunitario con enfoque intercultural en Paraguay.

**8. Repercusiones financieras de este punto del orden del día:**

El costo total estimado de la estrategia y plan de acción (2019-2025) es de US\$ 4.375.000. En esta estimación se toma en cuenta el monto total correspondiente a las actividades de la Oficina Panamericana Sanitaria, incluida la creación de capacidad a nivel regional y el apoyo técnico a los Estados Miembros. El costo estimado para el bienio 2020-2021 es de US\$ 1.750.000.

- - -