



Interculturalidad

Cómo evitar estereotipos y discriminación
en los servicios de salud



Primera edición: septiembre, 2021

Autores: Dra. Laura Montesi (profesora investigadora CONACyT/CIESAS Pacífico Sur), Dra. Paola M. Sesia (profesora investigadora CIESAS Pacífico Sur) y Dr. en C. Jesús Elizarrarás Rivas (Coordinador Aux. Médico de Investigación en Salud, Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada, IMSS Oaxaca)

Diseño y formación: Dani R.M. @dani_who_

Ilustración: Atelier Galo @atelier.galo

Este documento se realizó en el marco del proyecto Cátedras CONACyT 771 'Salud de los pueblos indígenas en México, 2010-2025: Desde las enfermedades del rezago a las emergentes. Un enfoque multidisciplinario', implementado en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) Unidad Pacífico Sur, en colaboración con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a través del Proyecto con registro IMSS: R-2020-785-152.



El sistema institucional de salud ofrece protección en salud a las personas que la necesitan. La atención médica debería otorgarse a toda persona que la requiera, independientemente de su edad, género, condición social o económica, cultura, etnicidad; es decir, sin discriminación alguna, pero con sensibilidad hacia sus necesidades específicas.

Ante la diversidad de la población que acude a los servicios de salud, es necesario promover un buen entendimiento y mejorar la relación entre personal de salud y usuarios/as de los servicios, así como tener espacios en centros de salud u hospitales que sean accesibles y amigables para los y las usuarias.

A pesar de muchos avances, en México varios estudios han puesto de manifiesto que las poblaciones indígenas son blanco de discriminación, lo cual se refleja en:

- menor acceso a los servicios de salud
- acceso a atención médica de menor calidad, y
- menor disponibilidad de información respecto a la población general.

Estos hechos reflejan diferencias inequitativas que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como “desigualdades *evitables* en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países” (OMS, s.f.).

¿Cómo evitar estas desigualdades? No existe una sola solución, sino que se necesitan múltiples acciones intersectoriales, multiactorales y estructurales. La interculturalidad en salud es una de ellas.

Pero **¿qué entendemos por interculturalidad?** En este folleto encontrará algunas pistas para comprender mejor la interculturalidad en salud, así como recomendaciones para aprender a reconocer y evitar la discriminación, aun cuando la ejercemos sin intencionalidad.

Al final de esta lectura, tendrá mayores herramientas para actuar con sensibilidad hacia la diferencia y sin caer en discriminaciones.

Atención personalizada sí, atención estereotipada no

Definiciones de interculturalidad en el ámbito de la salud

La **interculturalidad** busca establecer un diálogo respetuoso, horizontal y abierto entre 'culturas' que se perciben como distintas. Dialogar significa intercambiar ideas con un interés genuino de conocer la visión del 'otro' o de la 'otra'. El diálogo debe respetar la diversidad, ser abierto y horizontal; es decir, sin el predominio del uno sobre el otro, sin prejuicios y con disposición al aprendizaje.

Como lo reconoce la Constitución, México es un país de múltiples culturas. Se piensa comúnmente

que una **cultura** es un conjunto organizado y coherente de creencias, costumbres y valores que son el producto de la socialización. Esta noción de cultura ha permitido reconocer la presencia de muchos grupos étnicos en el territorio y la sociedad nacional, visibilizando su existencia y sus derechos. Sin embargo, también nos ha dado a entender que sólo los grupos étnicos indígenas tienen o son culturas, contribuyendo a verlos distintos al resto de la sociedad y encasillándolos en ideas preconcebidas acerca de sus supuestas creencias, costumbres y valores.

Esto, en lugar de fomentar la interculturalidad, puede generar barreras, algunas de las cuales se llaman **estereotipos**.

La diversidad es múltiple: se da por la edad, el género, la orientación sexual, las capacidades físicas y cognitivas, la lengua, la profesión religiosa, la clase social, la nacionalidad, la etnia, la pertenencia a un gremio, entre otros. Además, cada persona es atravesada por muchas identidades a la vez.

Por lo tanto, la noción de cultura no hay que asignarla sólo a una etnia, sino hay que entenderla de manera fluida, dinámica, como algo que atraviesa y caracteriza diversos grupos sociales.

También existen 'culturas profesionales'; se habla, por ejemplo, de cultura médica o cultura científica. La cultura médica tiene sus propias creencias, conocimientos

y prácticas, incluso rituales, como la celebración de una graduación en una facultad de medicina, evento que sigue protocolos establecidos. La cultura médica es tan especializada que cualquier persona menos familiarizada con ella puede tener dificultades para entender cómo habla el personal médico o las recomendaciones para la salud que da a sus pacientes.

Por esta razón, se considera importante adoptar el modelo de la interculturalidad en salud.

Hay diferentes maneras de definir y/o utilizar la **interculturalidad**.

Aquí proponemos que las "malas condiciones de comunicación intercultural" (Menéndez, 2016, p. 7) en un centro de salud o en un hospital se deben no solo a las diferencias culturales entre personal de salud y pacientes,

Las situaciones de pobreza y de desigualdad social son centrales en las relaciones interculturales

INTERCULTURALIDAD

sino también a las diferencias de poder. Ambas son importantes.

El personal de salud, al ser altamente instruido y profesionalizado, de por sí goza de cierto poder sobre el o la paciente, quien además llega en un estado de vulnerabilidad. Además, en una sociedad desigual como la mexicana, el personal de salud a menudo (aunque no siempre) procede de la clase media o medioalta, lo cual puede contrastar con los orígenes u condiciones de los y las pacientes, sobre todo en el sistema público de salud. O, aunque los orígenes socioeconómicos sean parecidos, el hecho de ser parte de un gremio prestigioso como el sanitario, determina un proceso de distanciamiento que algunos estudiosos llaman ‘blanqueamiento’.

Estas diferencias generan barreras entre el personal de salud y los y las pacientes. Las barreras afectan la calidad de la atención y perjudican el trato digno, además generan frustraciones, conflictos y un aumento de la desconfianza mutua.

Los enfoques interculturales en la práctica se han traducido en capacitaciones, cursos y formación para que el personal

de salud pueda adquirir ‘**competencias culturales**’; es decir, herramientas y actitudes que le permitan trabajar eficazmente en contextos pluriculturales, como lo pueden ser un hospital o una clínica en donde llegan pacientes de edades, culturas y lenguas distintas.

Las competencias culturales son necesarias, pero no son suficientes, ya que deben integrarse con ‘**competencias estructurales**’: la capacidad de “reconocer que la salud y la enfermedad son efectos de las estructuras sociales, políticas y económicas y que, como tales, hay que abordarlas” (Neff et al., 2017; Structural Competency Working Group).

Así, para comprender por qué una persona está enferma, se vuelve necesario investigar y conocer sus condiciones de vida. Lamentablemente, la ‘mirada médica’, tan concentrada en las lesiones orgánicas observables, se olvida de las circunstancias sociales que marcan las vidas de las personas. Por ello, es común que ante la falta de adherencia terapéutica se culpen las diferencias culturales o la negligencia individual, en lugar de considerar otros factores, como los horarios de

trabajo, las responsabilidades desempeñadas en la familia o las dificultades económicas.

Para alcanzar la interculturalidad necesitamos aprender a practicar la ‘**humildad estructural**’ (Neff et al., 2017). Lejos de ser algo natural que surge de una empatía instintiva, es una actitud que requiere ser cultivada de forma activa e intencionada. Se fundamenta en la capacidad de reflexionar sobre nuestras acciones y pensamientos, lo que a veces puede ser doloroso, sobre todo cuando nos damos cuenta de errores y tropiezos. Lo importante es aprender a rectificar.

Un paso importante hacia la práctica de la humildad estructural es reconocer y desenmascarar los estereotipos con los cuales etiquetamos y juzgamos al ‘otro’ y la ‘otra’, ya sea movidos por malevolencia o por beneficencia, como cuando pensamos estar cuidando la interculturalidad, cuando al revés estamos cayendo en actitudes clasistas y racistas.

EJEMPLOS DE CÓMO SE APLICAN LAS COMPETENCIAS CULTURALES

- Una enfermera favorece que los pacientes puedan **realizar un ritual** (como por ejemplo levantar el alma perdida tras un susto) a los pies de la cama de un hospital
- Una médica **escucha con genuino interés** la experiencia del paciente o le **explica con claridad y calma el diagnóstico**
- Un nutriólogo **adapta** el plato del bien comer a **los alimentos que los pacientes consideran económicamente accesibles** y culturalmente apropiados.

Inter cultural idad

SÍ

Atención racializada

No

Problemas con la aplicación de una interculturalidad mal entendida

PROBLEMA 1:

Se usa la interculturalidad para que los pacientes hagan lo que el personal de salud considera apropiado. En este caso, no hay un interés genuino por la visión del otro, sino que se busca a través de un lenguaje más entendible que el paciente esté dispuesto en colaborar y sea más 'dócil'. El personal de salud asume tener la razón por lo que trabaja para que el o la paciente vea las cosas desde la perspectiva del personal. El intercambio es unidireccional ya que no contempla aprender algo del paciente, sino más bien enseñarle mejor y más eficazmente.



PROBLEMA 2:

El personal de salud sin darse cuenta asume cosas acerca del paciente, dejándose guiar por hipótesis que da por ciertas sin evidencia, a priori o por estereotipos. Por ejemplo, el personal asume que, si una paciente que habla una lengua indígena presenta desapego al tratamiento es por dificultades lingüísticas que no le permiten entender las recomendaciones médicas. Esto podría ser certero, pero no habría que darlo por sentado: hay que investigarlo. A la mejor, esa paciente tiene bien entendidas dosis y tiempos de toma de los medicamentos, pero trabaja en un contexto laboral que le impide o dificulta mantener ese régimen.

Los prejuicios de tipo étnico, racial o de clase afectan el diagnóstico, la asignación de tratamiento y el trato hacia las y los pacientes. Esto se traduce en una atención que estigmatiza e inferioriza a las personas desde lógicas racistas y/o discriminatorias desde un punto de vista étnico o socioeconómico, que es lo contrario de lo que la atención intercultural se plantea. Los estereotipos son de las principales barreras que impiden

el ejercicio de una verdadera interculturalidad.

Aunque en México no existe una medicina basada en lo que se ha definido como ‘raza’, se ha documentado que sí hay estereotipos de carácter racista hacia las y los usuarios considerados como indígenas. Por ejemplo, la creencia de que las mujeres indígenas sean más fuertes y sientan menos dolor en el parto ha justificado el descuido obstétrico o incluso el maltrato.

¿Qué son y cómo funcionan los estereotipos?

La palabra estereotipo surge del griego: ‘stereos’, rígido, y ‘typos’, tipo o imagen. Se refiere a una imagen rígida que tenemos de algo o de alguien. Usualmente, los estereotipos identifican una característica (negativa o positiva) referente a una persona o un grupo y la enfatiza hasta invisibilizar todas las demás características; en otras palabras, la hace absoluta y rígida. Así, si bien un estereotipo a veces pueda tener un fundamento de verdad, el problema es que lo adultera.

Ocupar estereotipos, especialmente en la salud, tiene efectos nocivos; es fundamental que nos detengamos con cada persona para entender quién es, dónde y cómo vive, cuáles son sus experiencias y expectativas, sin asumir cosas de ella. En medicina, a esto se le llama **‘atención personalizada’** y la interculturalidad puede ser una buena aliada cuando nos pone en una disposición de escucha y nos hace sensibles a la diversidad, sin darla por supuesta.

ESTEREOTIPOS COMUNES RESPECTO A LA POBLACIÓN INDÍGENA USUARIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Los entrecomillados que se presentan enseguida son extractos de entrevistas a personal de salud de dos hospitales en el estado de Oaxaca. Su presentación tiene la finalidad de ayudar a que reconozcamos algunos estereotipos que circulan acerca de las y los usuarios indígenas de los servicios de salud y que están normalizados. Como contraparte, se presenta información que matiza o deconstruye estos preconceptos.

“Yo creo que no es indígena si no habla un dialecto”

Si bien la lengua es un indicador importante para establecer la etnicidad de una persona, no es ni único ni suficiente. Hay personas que no hablan una lengua indígena, pero que se consideran indígenas; esto es muy común en un contexto como el mexicano donde las políticas y la sociedad dominante han estigmatizado y marginalizado a las lenguas indígenas, llevando a su pérdida o su invisibilización. Además, es importante evitar llamar al zapoteco, el huave, el mixteco ‘dialectos’: ¡son lenguas!, sistemas lingüístico-cognitivos complejos, mientras que los dialectos son variedades regionales específicas con cambios

en el léxico, el acento u la semántica. El Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI) reconoce 68 agrupaciones lingüísticas, cada una con sus variantes.

“La vestimenta nos indica que sí son de alguna etnia”

Cierto, la vestimenta es un marcador étnico (al igual que la lengua). Sin embargo, no todas las personas que se consideran indígenas tienen un atuendo típico y si lo tienen, no lo tienen todo el tiempo puesto. ¿Conoce a Pat Boy, el rapero maya? Él compone y canta canciones en lengua maya y, como buen rapero, viste camisas anchas, cadenas y gorras.

“Qué bueno que el niño aprenda una lengua indígena, pero mejor cuando sea más grandecito, denles un chancercito, que ya entienda más, si no, pobre cerebro”

La evidencia científica nos dice que las y los niños expuestos, desde que nacen, a más de un idioma no presentan atrasos o problemas lingüísticos. Aprender dos o más idiomas a la vez no les genera confusión. Si a los padres o cuidadores se les dificulta el español, es mejor que ocupen su lengua nativa, fluida y florida. Al contrario, evitar el uso de un idioma obstaculiza su aprendizaje en edades posteriores.

“Pese a tener descendencia indígena o inclusive todavía tener esas costumbres, el que el o la paciente viva en una zona más urbanizada, ha dado la posibilidad de que su mente se abra a otras opciones de tratamiento”

Una expresión de este tipo (‘pese a’) nos muestra que el ser indígena de entrada es visto como una carencia o una barrera. Esto nos habla de un prejuicio que es necesario romper. Para conocer y aceptar varias opciones de

tratamiento, no se necesita ‘abrir la mente’. En medios rurales y urbanos, las personas y los grupos sociales acuden con diversos tipos de terapeutas: personal biomédico, hierbateros, pastores y curas de las iglesias, médicos homeópatas, médicos tradicionales entre otros.

“Los que no son indígenas comen pan y refresco, mientras que los indígenas tienen una alimentación más natural”

Aunque la población indígena que se dedica a la agricultura cuenta con fuentes alimentarias propias, no necesariamente son fuentes del todo ‘naturales’ (hay campesinos que ocupan fertilizantes químicos, por ejemplo). Además, la manera de procesar esos alimentos puede ser cargada en grasas o azúcares. En cuanto a las comunidades rurales, es bien sabido que en las últimas décadas las industrias agroalimentarias han tenido una fuerte penetración, tan es así que se ha hablado de cocacolonización de las dietas. Una vez más: lo importante es documentar los patrones alimentarios de cada paciente, sin prejuicios ni negativos, ni positivos.



En cuestión cultural, utilizan primero plantas medicinales y sólo si no mejoran acuden con el médico. La medicina es la segunda opción

El uso de plantas medicinales no está presente sólo entre la población indígena; **intentar resolver malestares en el círculo familiar** y con los recursos que tenemos a la mano **es** en realidad una **conducta común**, prácticamente universal. Las plantas medicinales son parte de ricos acervos de conocimientos y prácticas caseras y populares. Cuando el malestar persiste entonces buscamos apoyo por parte de especialistas, ya sea médicos tradicionales o de la medicina alopática. Todos, en mayor o menor medida, optamos por la medicina especializada como segunda opción.



Como habla una lengua indígena, no entiende bien las instrucciones que le damos y no logra explicarse bien para hacernos entender qué es lo que tiene

En Oaxaca, hoy en día, menos del 11% de la población hablante de una lengua indígena es monolingüe en su propia lengua, mientras que el 89% es bilingüe, de acuerdo con el último Censo 2020. Aun si el nivel de entendimiento y de fluidez en el español puede tener una gran variación entre las personas bilingües, los hablantes de lenguas indígenas bilingües tienen una buena comprensión del español y la mayoría puede expresarse con soltura, al mismo nivel que cualquier otra usuaria de los servicios de salud. Una comunicación no fluida no debería ser nunca un obstáculo o un pretexto para no escuchar con atención, empatía y apertura a los y las usuarias cuando explican sus malestares o razones por acercarse a la unidad de salud; o para explicar en un lenguaje claro y entendible, sin usar tecnicismos clínicos innecesarios, las indicaciones médicas. Además, es prudente siempre preguntar al final de una consulta o antes de dar de alta a un/a paciente, si le quedan claras todas las indicaciones, si tiene preguntas o si le quedan dudas, promoviendo el diálogo abierto y horizontal.

“En hospitales públicos para no derechohabientes donde la atención es gratuita, los usuarios son casi todos indígenas, de bajos recursos y de bajo o nulo nivel educativo”

Hay muchas personas que no hablan una lengua indígena y que no se reconocen como indígenas que se atienden en los hospitales públicos de la Secretaría de Salud o del IMSS-Bienestar. El ser un hospital gratuito no implica que sólo las personas de escasos recursos se atiendan ahí; la decisión de atenderse ahí o no, depende mucho de los servicios ofertados y la capacidad resolutoria de cada hospital, independientemente del nivel socioeconómico o la lengua que hablen los y las usuarias. Además, hay que recordar que los servicios de salud son un derecho de toda la población, y no una asistencia caritativa que se hace para los más necesitados. Finalmente, aun si es cierto que todavía persiste una brecha en la escolaridad entre poblaciones hablantes de lengua indígena y poblaciones no hablantes, esa brecha se ha reducido muchísimo en las últimas décadas, así como ha disminuido enormemente el nivel de analfabetismo

en poblaciones indígenas y ha aumentado la escolaridad, sobre todo entre las poblaciones más jóvenes. La asociación automática entre ser indígena, ser pobre y ser analfabeta es muy pernicioso, estereotipada y conducente hacia actitudes discriminatorias en el sistema de salud.

“Las pacientes indígenas están más acostumbradas a estar quietas y calladas. La mayoría son muy nobles y aguantan más los procedimientos, incluso los que son un poco más dolorosos”

Esta cita refiere a pacientes obstétricas. En este caso, **el mito del buen salvaje puede llevar a tener efectos muy negativos, como ver a las personas indígenas como dóciles, obedientes, tranquilas y, en general, agradecidas por la atención recibida, sea cual sea, e independientemente de la forma en que fueron tratadas.** Asimismo, la cercanía de lo ‘indígena’ con lo ‘natural’ hace que se asuma una fortaleza física superior que justifica malas prácticas clínicas y de cuidado, como el maltrato o la adopción de procedimientos clínicos no recomendables.



Los indígenas son personas nobles. Cuando les dices: ‘Oiga, póngame atención’, cuando los miras a los ojos y les resuelves las dudas, entonces se comprometen. O sea, cuando les das empatía ellos regresan

Un estereotipo común y además añejo, de clara herencia colonial, es el del ‘indio noble’ por naturaleza. En la Colonia se formaron dos estereotipos opuestos acerca de la población indígena: el indio malo y el indio noble, este último también conocido como *mito del buen salvaje*. Este mito se basa en la percepción de que los indígenas, por ser más ‘naturales’ del hombre blanco, es decir menos civilizados, tienen un carácter moral bueno, incorrupto, parecido al de los niños. Si bien se puede considerar un estereotipo positivo, ya que se asigna una caracterización ‘buena’, sigue siendo un estereotipo dañino pues tiende a infantilizar y exotizar, y a mantener a la persona indígena en un estatus de inferioridad. El desarrollo moral de cada persona es un proceso complejo y el encuentro médico no es suficiente para (ni debería) emitir juicios, mucho menos basados en una generalización étnica.

“Los indígenas vienen de comunidades alejadas”

Un porcentaje importante de personas que hablan una lengua indígena y/o se reconocen indígenas habita en ciudades. En la Ciudad de México más de 125 mil personas declararon hablar una lengua indígena en el último censo. Si bien muchas personas indígenas viven en comunidades alejadas de los centros urbanos, muchas otras no, y no por ello dejan de ser o son menos indígenas: hay que preguntarles si se reconocen como parte de un pueblo.

“Muchos pacientes indígenas no tienen apego al tratamiento si no le tienen fe. Entonces yo creo que por ahí se deriva que no haya ese apego y que sean más frecuentes las complicaciones”

La creencia y la confianza en un tratamiento y en un terapeuta son imprescindibles para cualquier paciente, de cualquier procedencia étnica o cultural. No es exclusivo de las y los pacientes indígenas. Además, la falta de apego puede derivarse de otros factores que habría que investigar al entrevistar al paciente.

“Yo creo que más bien es la cultura lo que les repercute, porque muchas veces el que vayan a la escuela o tengan un mayor grado de educación hace más conciencia sobre las enfermedades o las complicaciones que pueden traer, a diferencia del indígena que a lo mejor no tiene la oportunidad de ir a escuelas o de poder acudir a una buena educación, pues simplemente no hace conciencia”

Cultura y grado de instrucción no son lo mismo. ‘Cultura’ abarca muchos aprendizajes que sólo en mínima parte pasan por la escuela. Ciertamente, el acceso a la educación o instrucción es importante para el pleno desarrollo de las personas, tanto es así que es considerado un derecho, y todavía existe una brecha educativa entre población indígena y no indígena. Sin embargo, así como **no todas las personas indígenas** son pobres, o vienen de comunidades rurales, no todas **tienen un bajo nivel escolar.** Además, más allá de la escolarización, existen otros aprendizajes muy valiosos por fuera de los entornos escolares que ayudan en tener conciencia y capacidad de entendimiento.

INTERCULTURALIDAD

“Los indígenas no le toman mucho interés a la mujer. Algunos esposos los escucharon decir ‘Pues si se enferma mi pareja, si se muere, ni modo’. Creo que también hay mucho machismo”

El machismo es un problema social grave que está presente en muchísimas culturas, así como en individuos de las más distintas clases sociales. La falta de independencia económica en las mujeres puede ser un factor que reduce sus posibilidades de salirse de una relación tóxica o de denunciar un abuso sufrido en los ámbitos familiar o laboral. Asociar el machismo a lo indígena es incorrecto.

“Como tienen una mala alimentación, llegan con un retraso en el nivel cognitivo”

Si bien es cierto que existe una relación entre alimentación y desempeño intelectual/cognitivo, afirmar sin evidencia específica que un grupo de pacientes —por ser indígena— está mal alimentado puede ser no sólo impreciso sino riesgoso, ya que generaliza casos específicos a un grupo entero cuyos

modos de vida pueden ser de lo más variados. Para afirmar la presencia de un problema cognitivo, es necesario realizar un diagnóstico, no se puede inferir a partir de una mirada.

“Quizás por su genética y buena alimentación es que tienen más oportunidad de que su cuerpo sane fácilmente”

Todas y todos los seres humanos somos idénticos en un 99.9% de nuestro código genético o ADN. **Imputar una diferencia genética a personas ‘indígenas’ es incorrecto, dado que el término ‘indígena’ es una categoría social, no biológica.** El término ‘indio’, antecedente del de ‘indígenas’, surgió de una clasificación surgida en la Colonia, cuando los conquistadores europeos definieron de esta forma a las y los nativos del continente americano, porque creyeron haber llegado a la India. Indígena es un término amplio: puede referirse a un yaqui de Sonora o un tzotzil de Chiapas. Incluso las poblaciones que parecen estar más ‘aisladas’ en realidad han estado en contacto e intercambio con otras a lo largo de la historia.

SI ESTÁ INTERESADO/A EN CONOCER MÁS SOBRE LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD:

Albó, X., 2004, Interculturalidad y salud. En G. Fernández Juárez, coord., *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala. Pp. 65–74.

Campos-Navarro, R., 2016, *Antropología Médica e Interculturalidad*. Ciudad de México: McGraw Hill/Interamericana Editores.

Menéndez, E., 2016, Cuestiones metodológicas sobre antropología e interculturalidad. En R. Campos-Navarro, coord., *Antropología Médica e Interculturalidad*. Ciudad de México: McGraw Hill/Interamericana Editores. Pp. 1–12.

Neff, J., Knight, K. R., Satterwhite, S., Nelson, N., Matthews, J., Holmes, S.M., 2017, *Teaching Structure: A Qualitative Evaluation of a Structural Competency Training for Resident Physicians*. *Journal of General Internal Medicine* 32(4): 430–433.

Organización Mundial de la Salud (OMS), s.f., *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: ¿Qué son las inequidades sanitarias?*

Disponible en: <https://bit.ly/OMS-conceptos-clave>

Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19–22 de junio de 1946; firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, No. 2, p. 100) y que entró en vigor el 7 de abril de 1948.

Structural Competency Working Group.

Disponible en: <https://www.structcomp.org/>

