https://doi.org/10.69639/arandu.v13i3.2624

Asistencia sanitaria intercultural en políticas Públicas, un análisis estratégico para su implementación

Intercultural healthcare in public policy, a strategic analysis for its implementation

Tania Cruz Gavilanes
tmcruzg@ucacue.edu.ec
https://orcid.org/0000-0001-6126-4868
Universidad Católica de Cuenca
Ecuador – Cuenca

Nube Cruz Gavilánez
de.cruz@unach.edu.ec
https://orcid.org/0000-0002-8844-9958
Universidad Nacional de Chimborazo
Ecuador – Cañar

Dana Quintana Cruz
Dana.quintana.47@ucacue.edu.ec
https://orcid.org/0000-0001-6728-9361
Universidad Católica de Cuenca
Ecuador – Cuenca

Mayra Cruz Gavilánez
mayra.cruz@saludzona6.gob.ec
https://orcid.org/0000-0003-2817-6609
Hospital Homero Castañer Crespo
Azogues Ecuador

Anthony Muñoz Cruz
https://orcid.org/0000-0001-8082-5309
Universidad Católica de Cuenca
Ecuador – Azogues

Artículo recibido: 10 agosto 2026- Aceptado para publicación:16 septiembre 2026
Conflictos de intereses: Ninguno que declarar.

RESUMEN

El estudio evalúa la inclusión de la salud intercultural en las políticas públicas, partiendo de un análisis comparativo de vivencias en países como Brasil, Ecuador, Kenia, Perú, México y Nueva Zelanda. se demostró que el integrar prácticas hospitalarias tradicionales en los servicios de salud pública instituye un proceso heterogéneo, manifestado por retos como la desconfianza entre los servicios de salud tradicional y convencional, el rechazo institucional y la escasez de recursos. No obstante, se muestra que la ejecución de las políticas interculturales puede forjar progresos significativos en la disminución de brechas de distinción en la salud, fundamentalmente en pueblos indígenas y rurales. Igualmente, se determina que la participación activa y sostenida de los pueblos responde no solo a un principio ético, sino que es esencial para la eficacia de estas políticas. La documentación evaluada muestra la autenticación y la distinción de los saberes

tradicionales fortaleciendo la confianza comunitaria y ayudando a mejorar los indicadores de salud, robusteciendo modelos de atención más inclusivos y culturalmente pertinentes.

Palabras clave: Salud intercultural, políticas públicas, medicina tradicional, inclusión cultural, competencias interculturales

ABSTRACT

The study evaluates the inclusion of intercultural health in public policies, based on a comparative analysis of experiences in countries such as Brazil, Ecuador, Kenya, Peru, Mexico, and New Zealand. It was demonstrated that integrating traditional hospital practices into public health services establishes a heterogeneous process, manifested by challenges such as mistrust between traditional and conventional health services, institutional rejection, and scarcity of resources. However, it shows that the implementation of intercultural policies can lead to significant progress in reducing health disparities, particularly among indigenous and rural populations. It also determines that the active and sustained participation of communities is not only an ethical principle but also essential for the effectiveness of these policies. The documentation evaluated shows the authentication and distinction of traditional knowledge, strengthening community trust and helping to improve health indicators, thereby reinforcing more inclusive and culturally relevant models of care.

Keywords: Intercultural Health, health policies, cultural inclusion, public health systems, intercultural competencies

Todo el contenido de la Revista Científica Internacional Arandu UTIC publicado en este sitio está disponible bajo licencia Creative Commons Atribution 4.0 International.

INTRODUCCIÓN

La salud intercultural se define como un enfoque integral que articula diversos sistemas de conocimiento y prácticas sanitarias, reconociendo y respetando la diversidad cultural presente en las comunidades. Esta revisión fomenta la conexión de praxis médicas ancestrales con la medicina ortodoxa, ayudando al entendimiento recíproco y el respeto entre distintos modelos de asistencia sanitaria. El contexto mundial, se ha caracterizado por un aumento de pluralidad cultural y desplazamiento poblacional, la medicina ancestral se fortalece como un componente estratégico para el desarrollo de políticas públicas sanitarias equitativas, inclusivas y culturalmente pertinentes (Montenegro & Stephens, 2011).

En distintos países la implementación de políticas de salud intercultural confronta desafíos operativos y estructurales notables, los mismos que recalcan la firmeza institucional, la falta de recursos económicos y humanos, asimismo como la constancia de enfoques biomédicos hegemónicos que problematizan la unificación de saberes tradicionales. Si embargo, la inserción de la salud intercultural en las políticas públicas se convierte en priorización mejorar la calidad y atención sanitaria, además de mitigar brechas en la salud que perturban de manera excesiva a poblaciones indígenas, rurales y culturalmente diversas. En concordancia con la OMS la atención sanitaria intercultural constituye un instrumento crucial para tocar factores sociales de la salud y optimizar los resultados sanitarios en contextos multiculturales (WHO O., 2015).

Desde la perspectiva de sostenibilidad, los enfoques interculturales se han incorporado para responde a principios de justicia social, además de contribuir a mejorar la adhesión a los tratamientos y favorecer una aceptación más desarrollada de los servicios sanitarios por parte de las comunidades. Diversos estudios han mostrado que el desarrollo de competencias interculturales en los sistemas sanitarios fortalece de manera significativa el vínculo entre médico y paciente, y ese fortalecimiento no es un detalle menor, porque muchas veces de esa relación depende que una persona confíe, regrese y continúe su tratamiento. De verdad es que cuando el paciente se siente escuchado, comprendido y tratado con respeto hacia su historia y su cultura, la atención cambia por completo. Además, las intervenciones tienden a ser más efectivas y se reducen los costos asociados a atenciones tardías, incompletas o poco adecuadas, esas que llegan cuando el problema ya creció más de la cuenta o cuando el sistema no supo responder a tiempo (Cunningham, 2014) (Melero, 2017) (Cortés, 2016).

En Latinoamérica, varios países han impulsado políticas orientadas a integrar la medicina tradicional indígena dentro de sus sistemas de salud pública, y ese proceso ha abierto caminos que hace algunos años parecían difíciles de imaginar. Las experiencias de Bolivia, Perú y México muestran avances importantes en el reconocimiento normativo y operativo de prácticas médicas ancestrales, así como en la participación de las comunidades en la planificación y en la oferta de asistencia médica (López, 2009) (Romero et al., 2022) (Giovanella, 2015). Y es que no se trata

solo de permitir ciertas prácticas, sino de reconocer que existen otras formas de entender el cuerpo, el cuidado y la enfermedad. Estas iniciativas no solo han ampliado el acceso a la atención sanitaria, sino que también han fortalecido la pertinencia cultural de los servicios y el empoderamiento de los pueblos indígenas, algo profundamente valioso en contextos marcados por largas historias de exclusión.

El análisis de las políticas de salud intercultural requiere una mirada amplia, sensible y verdaderamente multidimensional, capaz de considerar factores históricos, socioeconómicos, políticos y culturales que muchas veces se entrelazan de forma compleja. Evaluar estas políticas implica mirar no solo cómo fueron diseñadas en el plano normativo, sino también cómo se implementan en la práctica y qué efectos generan en la salud de las poblaciones a las que buscan responder. Un ejemplo especialmente relevante es el Programa de Salud Indígena en Brasil, reconocido por su enfoque participativo y por la incorporación activa de los pueblos indígenas en la planificación y ejecución de los servicios médicos (Langdon E. J., 2010) (Langdon E., 2018). Sin embargo, aun con sus avances, este programa sigue enfrentando limitaciones ligadas a la falta de recursos económicos y a la insuficiencia de personal capacitado en enfoques interculturales, lo que recuerda que una buena intención sin respaldo suficiente puede quedarse a medio camino.

Para que las políticas de salud intercultural puedan aplicarse de forma efectiva, resulta indispensable promover estrategias de articulación entre múltiples actores, desde instituciones gubernamentales y organizaciones no gubernamentales hasta comunidades locales y profesionales de la salud. Además, esa articulación necesita ser real y sostenida, no solo una idea bien escrita en un documento. Entre las estrategias más relevantes se encuentran la formación continua en competencias interculturales, el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria en las comunidades y la promoción de investigaciones orientadas al estudio y la validación de prácticas médicas tradicionales (Kirmayer L. J., 2012) (Saavedra, 2024) (López I. D., 2023). De verdad es que, sin ese trabajo conjunto, cada esfuerzo corre el riesgo de avanzar por separado, como piezas valiosas que nunca terminan de encajar del todo.

Asimismo, el reconocimiento y la valoración de los saberes tradicionales constituyen un eje central en el desarrollo de políticas interculturales, porque allí no solo está en juego la incorporación de costumbres ancestrales en los sistemas médicos, sino también una forma distinta de comprender el diálogo entre conocimientos. En el fondo, esto supone abrir espacios interculturales donde distintos sistemas de saber puedan encontrarse, escucharse y aprender unos de otros sin imponerse mutuamente. Y es que cuando ese intercambio ocurre con respeto, la salud deja de entenderse como un campo cerrado y se convierte en una construcción compartida, más humana, más cercana y mucho más conectada con la vida real de las comunidades (Torri, 2009; Alvarez, 2014; Grippaldi, 2020).

Pese a los avances, persisten desafíos vinculados con la fragmentación de los sistemas médicos, la insuficiencia de instrumentos y las resistencias culturales e institucionales. No

obstante, se ha señalado que estos retos pueden orientar innovaciones de política pública en dirección a modelos más inclusivos y sostenibles, sustentados en evidencia y en gobernanza colaborativa (Chacon et al., 2023; Andermann, 2016). En este marco, el intercambio internacional de experiencias constituye una fuente de aprendizaje para el rediseño y fortalecimiento de políticas interculturales (Smith, 2013).

En el plano comunitario, se reporta que la salud intercultural puede impactar resultados específicos, por ejemplo, en la salud materno-infantil cuando se integran parteras tradicionales en la atención, especialmente en poblaciones indígenas donde existen barreras lingüísticas, geográficas y de confianza hacia el sistema formal (Montalvo A. I., 2022) (Nigenda G. e., 2010). Asimismo, se ha descrito que el reconocimiento explícito del conocimiento tradicional y la reducción de barreras comunicacionales favorecen la apropiación de los servicios y fortalecen la relación terapéutica (Fernandez, 2023) (Galletti, 2024).

En contextos africanos, políticas que reconocen y regulan la medicina tradicional han buscado formalizar su práctica y propiciar colaboración con el sistema convencional, con reportes que subrayan su relevancia para ampliar acceso en zonas rurales y remotas (Vega, 2024) (Peltzer, 2008).

La evaluación y el monitoreo de políticas de salud intercultural requieren indicadores que midan no solo resultados biomédicos, sino también niveles de integración, aceptación y seguridad cultural, incorporando mecanismos participativos que fortalezcan legitimidad y utilidad de los hallazgos (Saavedra, 2024 (Casallas, 2024) (Escobar, 2011). En esta perspectiva, metodologías cualitativas y participativas permiten comprender la implementación “en terreno”, capturando dimensiones que suelen quedar fuera de evaluaciones exclusivamente cuantitativas. Entre los enfoques más utilizados destacan la etnografía, que permite comprender con mayor profundidad el contexto en el que surgen las prácticas y los significados culturales, las entrevistas en profundidad, valiosas por su flexibilidad para recuperar vivencias, matices y percepciones que muchas veces no aparecen en instrumentos más rígidos, y también los talleres comunitarios, que funcionan como espacios vivos de diálogo, deliberación y construcción compartida. En estos últimos, además, suelen desarrollarse dinámicas de diagnóstico y priorización que acercan la investigación a las preocupaciones reales de la gente, casi como cuando una comunidad se sienta a poner sobre la mesa aquello que le duele, le preocupa o considera urgente transformar. De verdad es que la participación comunitaria en todas las fases de la evaluación, desde el diseño hasta la interpretación de los resultados, se relaciona con una mejor calidad de la información, con una mayor apropiación de los hallazgos y con vínculos de cooperación interinstitucional mucho más sólidos y genuinos (Hammersley, 2007) (Rubin, 2012) (Cornwall & Jewkes, 1995) (Pérez, 2020) (Robles et al., 2023) (Chambers, 1994).

La salud intercultural constituye un componente decisivo dentro de las políticas de salud pública en un mundo atravesado por la diversidad, por los cruces culturales y por realidades

sociales que ya no pueden pensarse desde una sola mirada. Integrar enfoques interculturales en los sistemas de salud no solo mejora la eficacia de las intervenciones sanitarias, sino que también fortalece la igualdad social y el respeto genuino por la pluralidad cultural, algo que resulta especialmente significativo cuando se trabaja con pueblos y comunidades que durante mucho tiempo no se sintieron escuchados dentro de los servicios formales. Y es que cuando la atención reconoce la lengua, la cosmovisión y las prácticas de cuidado de cada colectivo, no solo atiende enfermedades, sino que también reconstruye confianza. Aun con los desafíos existentes, la evidencia acumulada y las experiencias exitosas de implementación ofrecen una ruta bastante clara para avanzar hacia políticas de salud intercultural más inclusivas, sensibles y sostenibles.

En síntesis, la salud intercultural se ha ido consolidando como un componente estratégico de las políticas sanitarias contemporáneas, ya que aporta a la equidad, a la pertinencia cultural y a una atención de mayor calidad en sociedades marcadas por la diversidad. Su fortalecimiento no depende únicamente de buenas intenciones ni de discursos normativos bien formulados, sino también de capacidades institucionales reales, de evidencia rigurosa sobre las prácticas tradicionales y, de manera especialmente importante, de la participación efectiva de los pueblos en el diseño, la ejecución y la valoración de las intervenciones. Además, esa participación no debería entenderse como un gesto simbólico o decorativo, sino como una condición esencial para que las políticas tengan sentido, arraigo y legitimidad en la vida cotidiana de las comunidades.

El objetivo primordial de esta revisión consiste en analizar las políticas de salud intercultural incorporadas en la agenda pública, evaluando su diseño, su implementación y su efectividad, con el propósito de identificar estrategias que hayan dado resultados alentadores, barreras que se repitan en distintos escenarios y recomendaciones aplicables a contextos culturales diversos. En consecuencia, se busca examinar la integración de prácticas médicas tradicionales en sistemas públicos de salud de diferentes países, reconocer los factores que facilitan o dificultan la introducción de políticas interculturales, valorar los impactos reportados tanto en los resultados de salud como en la confianza y aceptación comunitaria, y proponer orientaciones que permitan fortalecer la sostenibilidad y la efectividad de estas políticas. En el fondo, se trata de comprender qué caminos han funcionado, cuáles siguen presentando fracturas y cómo podrían construirse respuestas sanitarias más humanas, más cercanas y realmente respetuosas de la diversidad cultural.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Diseño y Enfoques de Políticas de Salud Intercultural

La elaboración de políticas de salud intercultural presenta una elevada heterogeneidad entre países, reflejo de diferencias históricas, normativas, sociopolíticas y culturales. Esta variabilidad se manifiesta tanto en el grado de reconocimiento institucional de la medicina tradicional como en los mecanismos de articulación con los sistemas biomédicos convencionales.

En Bolivia, la promulgación de la Ley N.° 459 de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana representa un avance sustantivo en la formalización del pluralismo médico, al establecer un marco legal que reconoce, regula e integra la medicina tradicional indígena dentro del sistema nacional de salud (Lexivox, 2013). Este proceso se ve reforzado por la creación del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, encargado de promover la investigación, enseñanza y preservación de los saberes ancestrales (Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, 2013).

En contraste, México ha desarrollado un enfoque programático orientado a la complementariedad funcional entre sistemas médicos. “La Estrategia Nacional para la Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas” establece lineamientos operativos para la incorporación de prácticas tradicionales en la atención materno-infantil y la mediación intercultural mediante agentes comunitarios de salud (Salud, 2009 (Nigenda et al., 2010) (Argüello & González, 2014). Este modelo prioriza la equidad y la pertinencia cultural, aunque su implementación presenta variaciones territoriales asociadas a capacidades institucionales locales. Asimismo, se han elaborado guías y protocolos que promueven el uso combinado de prácticas tradicionales y tratamientos biomédicos (Secretaría de Salud, 2015).

En Ecuador, la Constitución de la República reconoce explícitamente la medicina ancestral y alternativa, promoviendo la colaboración a través de la salud tradicional y la occidental como parte del derecho a una atención sanitaria culturalmente adecuada (Cruz et al., 2022). ste enfoque se vincula de manera profunda con el paradigma del Sumak Kawsay o buen vivir, una visión que entiende la salud no como la simple ausencia de enfermedad, sino como parte de un equilibrio más amplio que involucra a la comunidad, al territorio y a la relación respetuosa con la naturaleza. De verdad es que, dentro de esta perspectiva, cuidar la salud también implica cuidar los vínculos, la memoria cultural y las formas de convivencia que sostienen la vida cotidiana. Sin embargo, cuando este marco intenta trasladarse al terreno práctico, aparecen brechas muy marcadas entre unos territorios y otros, sobre todo en aquellas zonas donde la infraestructura sanitaria sigue siendo escasa y donde acceder a servicios de salud continúa siendo una dificultad concreta, agotadora y muchas veces injusta.

Marcos Legales, Gobernanza y Regulación Intercultural

Los marcos legales y normativos constituyen una base decisiva para que la salud intercultural no quede solo en el plano del discurso, sino que logre convertirse en una realidad con respaldo institucional. La evidencia muestra que la existencia de leyes específicas, políticas nacionales y estructuras administrativas especializadas favorece la continuidad de estas políticas y aporta legitimidad a los saberes tradicionales, algo especialmente valioso en contextos donde durante años esos conocimientos fueron minimizados o dejados al margen (WHO O., 2015). Además, contar con normas claras puede abrir puertas y ordenar procesos, pero y es que eso, por sí solo, no asegura una implementación efectiva. Para que estas políticas funcionen de verdad, hace falta articular ese marco jurídico con capacidades técnicas sólidas, financiamiento suficiente

y mecanismos de gobernanza participativa que permitan escuchar a las comunidades y no solo hablar en su nombre.

En distintos contextos, la regulación de la medicina tradicional ha permitido establecer estándares mínimos de seguridad y calidad, al tiempo que ha impulsado formas de colaboración entre practicantes tradicionales y profesionales de la salud convencional. Ese avance resulta significativo, porque ayuda a construir puentes entre saberes que durante mucho tiempo caminaron por separado, a veces con desconfianza mutua y otras con tensiones difíciles de resolver. Aun así, persisten desafíos importantes relacionados con la validación científica de ciertos tratamientos tradicionales y con la definición de criterios claros para su articulación con la biomedicina. Y es que allí no solo están en juego procedimientos técnicos, sino formas distintas de entender el cuerpo, la enfermedad, la cura y hasta el sentido mismo del cuidado, lo que puede generar fricciones tanto en el plano epistemológico como en la práctica cotidiana de los servicios.

Desafíos en la Instauración de Políticas de medicina Intercultural

La implementación de políticas de salud intercultural enfrenta obstáculos estructurales que aparecen una y otra vez en distintos escenarios, casi como si el sistema repitiera las mismas barreras, aunque cambien los contextos. Entre los retos más notorios se encuentran la insuficiencia de recursos financieros y humanos, la limitada formación intercultural del personal sanitario y la persistencia de modelos biomédicos hegemónicos que siguen relegando los saberes tradicionales a un lugar secundario o poco reconocido (Langdon & Wiik, 2010). Estas limitaciones se vuelven todavía más duras en zonas rurales y en territorios indígenas, donde la infraestructura sanitaria suele ser frágil y el acceso a servicios culturalmente pertinentes continúa siendo restringido. En esos espacios, la distancia no solo es geográfica, también es simbólica, porque muchas veces las instituciones siguen sintiéndose lejanas a la vida real de las comunidades.

Asimismo, la resistencia institucional suele expresarse a través de prejuicios epistemológicos que ponen en duda la legitimidad y la eficacia de las prácticas tradicionales, mientras que la resistencia comunitaria, por su parte, suele estar marcada por memorias de discriminación, exclusión y maltrato vividas dentro del sistema formal de salud (Kirmayer, 2012) (Berry, 2011) (Pöllmann, 2017). Esa doble tensión complica la construcción de vínculos de confianza y vuelve más difícil avanzar hacia enfoques realmente colaborativos. Además, la rigidez administrativa y la burocracia propia de muchos sistemas públicos de salud reducen la flexibilidad necesaria para adaptar las políticas interculturales a las particularidades de cada contexto local (King, 2009). En otras palabras, cuando las normas son demasiado cerradas y los procedimientos no dejan espacio para escuchar, comprender y ajustar, las políticas terminan perdiendo fuerza allí donde más deberían responder con sensibilidad y cercanía.

Estrategias para la Superación de Barreras y Fortalecimiento Institucional

La literatura revisada destaca diversas estrategias orientadas a superar los desafíos identificados. El aprendizaje continuo de los profesionales de medicina en competencias

interculturales emerge como un factor crítico para mejorar el respeto, comunicación y la comprensión de las cosmovisiones de las comunidades atendidas (Kirmayer, 2012) (Zapata, 2018). Asimismo, la creación de espacios de diálogo entre practicantes de medicina tradicional y profesionales biomédicos contribuye a reducir tensiones epistemológicas y fortalecer la cooperación interprofesional (Gone, 2013).

Efectividad de las Políticas de Salud Intercultural y Resultados en Salud

La evidencia empírica disponible indica que las políticas de salud intercultural pueden generar impactos positivos en los resultados de salud cuando se implementan de manera contextualizada y participativa. En México, la incorporación de parteras tradicionales en la atención materno-infantil ha colaborado al descenso de mortalidad materno infantil, así como a más empleo de los servicios médicos por parte de comunidades indígenas (Nigenda et al., 2010). Estas parteras, al poseer un profundo conocimiento de las prácticas y creencias locales, desempeñan un rol clave como mediadoras culturales y agentes de desarrollo médico.

En Brasil, el Programa de Salud Indígena, gestionado por la Secretaría Especial de Saúde Indígena (SESAI), ha mostrado avances importantes en la atención de las comunidades indígenas, no solo porque amplió la cobertura de los servicios médicos, sino porque también logró incrementar las tasas de vacunación y disminuir la presencia de enfermedades infecciosas que durante mucho tiempo afectaron con fuerza a estos pueblos (Langdon & Wiik, 2010). De verdad es que uno de los aspectos más valiosos de este modelo radica en la participación comunitaria dentro de la planificación y elaboración de proyectos, ya que no se trata simplemente de llevar servicios hacia un territorio, sino de construir respuestas junto con las personas que viven allí, conocen su realidad y sostienen sus propias formas de cuidado. Además, esa participación fortalece la pertinencia cultural de las acciones y hace que las intervenciones sean mejor recibidas, más comprensibles y mucho más cercanas a las necesidades concretas de la comunidad.

Experiencias parecidas pueden observarse en Nueva Zelanda y Canadá, donde la incorporación de enfoques interculturales ha permitido reducir desigualdades en salud y, al mismo tiempo, reforzar la identidad cultural de las comunidades indígenas, algo que no es menor cuando se habla de bienestar profundo y no solo de cifras sanitarias. En el caso maorí, la inclusión de valores, saberes y prácticas tradicionales ha contribuido a mejorar indicadores como la esperanza de vida y la atención de enfermedades crónicas, mostrando que reconocer la cultura propia también puede convertirse en una forma poderosa de cuidar la salud (Durie, 2004). Y es que cuando los servicios dejan de ser ajenos y empiezan a dialogar con la historia, la lengua y la visión del mundo de una comunidad, los resultados suelen ser más humanos y más duraderos. En Canadá, por su parte, la colaboración entre curanderos tradicionales y profesionales biomédicos ha favorecido una atención más integral y personalizada, con mejoras reportadas en salud mental y en el manejo de enfermedades crónicas, lo que refleja que el encuentro respetuoso entre distintos saberes puede abrir caminos más sensibles y eficaces para el cuidado (Smith, 2013).

Integración de Prácticas Médicas Tradicionales: Modelos y Limitaciones

La incorporación de saberes y prácticas de salud tradicional en los sistemas públicos de atención médica se ha ido desarrollando a través de distintos modelos, cada uno marcado por su contexto, sus necesidades y la manera en que cada sociedad entiende el cuidado. En Perú, por ejemplo, el Proyecto de Salud Intercultural del Ministerio de Salud ha integrado conocimientos de la medicina tradicional andina en la atención materna y en la nutrición infantil, y los resultados reportados muestran mejoras tanto en la aceptación de los servicios como en varios indicadores de salud (MINSA, 2015). De verdad es que este tipo de experiencias deja ver algo muy importante: cuando la atención sanitaria reconoce prácticas cercanas a la vida cotidiana de las comunidades, el servicio deja de sentirse extraño o impuesto y empieza a percibirse como un espacio más confiable, más próximo y más respetuoso con la realidad cultural de las personas.

De manera semejante, en Kenia, la Ley de Medicina Tradicional y Alternativa regula el ejercicio de la medicina tradicional y promueve su articulación con el sistema de salud convencional, lo que ha facilitado la atención en zonas rurales y remotas, allí donde muchas veces los servicios formales llegan con dificultad o simplemente no alcanzan a cubrir todas las necesidades (Kenya., 2007) (Peltzer, 2008). Además, esta colaboración ha contribuido a mejorar la atención de dolores crónicos, el manejo del dolor y la respuesta frente a enfermedades infecciosas y problemas de salud mental. Y es que, en territorios donde las distancias son largas y los recursos limitados, la articulación entre distintos saberes puede convertirse en una salida concreta, humana y bastante efectiva para responder a padecimientos que no esperan.

No obstante, estos procesos también enfrentan desafíos importantes que no pueden pasarse por alto, sobre todo en lo relacionado con la necesidad de demostrar la seguridad y la eficacia de los tratamientos tradicionales mediante investigaciones científicas rigurosas. Esa exigencia, aunque necesaria, abre un campo de tensión delicado, porque obliga a traducir conocimientos ancestrales a lenguajes de validación que no siempre logran capturar toda su complejidad. Además, persiste la necesidad de formar de manera adecuada al personal sanitario para que pueda desempeñarse con sensibilidad y solvencia en contextos interculturales, algo que sigue siendo una deuda en muchos sistemas de salud. La ausencia de protocolos claros para la validación y la articulación entre prácticas tradicionales y biomedicina puede reducir el alcance de estas iniciativas y frenar avances que, en muchos casos, ya habían comenzado a construir puentes valiosos entre distintas formas de entender la salud y el bienestar.

Participación Comunitaria y Evaluación de Políticas

La participación activa de los pueblos en la evaluación de las políticas de salud intercultural es reconocida, cada vez con más claridad, como un elemento decisivo para que estas acciones realmente funcionen y puedan sostenerse en el tiempo. De verdad es que una política difícilmente puede ser efectiva si se diseña, se aplica y se evalúa sin escuchar a quienes viven sus efectos en la vida cotidiana. Por eso, las metodologías participativas, como la investigación

etnográfica, las entrevistas en profundidad y los talleres comunitarios, resultan tan valiosas, porque permiten recoger percepciones, experiencias y necesidades locales que muchas veces quedan fuera de las evaluaciones centradas únicamente en cifras o indicadores cuantitativos (Cornwall & Jewkes, 1995; Escobar, 2011; Muñoz, 2024). Además, estos enfoques hacen posible una lectura más cercana, más sensible y más honesta de lo que ocurre en los territorios.

La investigación etnográfica permite acercarse de manera mucho más viva y situada a las prácticas, creencias y formas de vida de las comunidades, algo esencial cuando la salud se entiende no solo como un tema clínico, sino también como una experiencia profundamente cultural y social (Hammersley, 2007), De verdad es que observar, escuchar y compartir con una comunidad abre una puerta distinta, porque deja ver matices, gestos, silencios y sentidos que difícilmente aparecen en formularios o informes estandarizados. Y es que no es lo mismo leer una respuesta breve en un registro que comprender, desde cerca, cómo una familia interpreta la enfermedad, el cuidado o la sanación en su vida cotidiana. Esa cercanía vuelve la comprensión más humana, más precisa y mucho más conectada con la realidad.

Por su parte, las entrevistas en profundidad ofrecen una flexibilidad especialmente valiosa para abordar asuntos complejos, sensibles o incluso dolorosos, ya que crean un espacio donde las personas pueden relatar sus experiencias con mayor libertad y detenerse en aquello que realmente les preocupa o les ha marcado (Rubin, 2012). Además, en ese tipo de conversación suelen aparecer aspectos que no siempre encuentran lugar en otros contextos, como temores, recuerdos, tensiones o expectativas frente a los servicios de salud. En muchos casos, allí no solo emergen opiniones, sino también pequeñas huellas de vida que ayudan a entender mejor la relación entre las comunidades y los sistemas sanitarios, casi como si cada relato fuera armando una parte del panorama que antes permanecía dispersa.

Los talleres comunitarios, a su vez, promueven la deliberación colectiva y la identificación participativa de problemas y soluciones, convirtiéndose en espacios donde el análisis deja de ser individual para construirse de manera compartida, dialogada y mucho más enriquecedora (Pérez, 2020; de García, 2023). En estos encuentros, las personas no solo expresan lo que viven, sino que también contrastan miradas, reconocen preocupaciones comunes y comienzan a imaginar respuestas posibles desde su propia experiencia. Además, ese proceso tiene una fuerza especial, porque lo que se construye no proviene de una sola voz, sino del intercambio entre muchas, como cuando una comunidad empieza a tejer, poco a poco, una comprensión conjunta de sus necesidades y de los caminos que considera más justos para enfrentarlas.

Además, la inclusión de los pueblos indígenas en todas las etapas del proceso evaluativo fortalece la legitimidad de las políticas y mejora la calidad de la información recolectada, porque lo que se obtiene no es solo un dato más preciso, sino una comprensión más profunda y más fiel a las experiencias del territorio (Robles et al., 2023; Chambers, 1994). Al final, cuando las

comunidades participan de verdad, la evaluación deja de ser un ejercicio distante y se convierte en una herramienta con mayor sentido, mayor arraigo y una utilidad mucho más humana.

CONCLUSIONES

El análisis comparado de las políticas de salud intercultural evidencia que no existe un modelo único de implementación, sino una diversidad de enfoques condicionados por contextos históricos, normativos, sociopolíticos y culturales. Países como Bolivia, México, Ecuador, Brasil y Nueva Zelanda han desarrollado marcos diferenciados para la mezcla de salud tradicional en los sistemas públicos médicos, los cuales varían en su grado de institucionalización, reconocimiento legal y articulación operativa. Esta heterogeneidad confirma que la efectividad de las políticas interculturales precisa de más medidas de su adecuación a las realidades locales y a las capacidades institucionales de cada contexto.

La implementación de políticas de salud intercultural sigue enfrentando desafíos estructurales que se repiten con una persistencia que, en muchos casos, resulta preocupante. Entre los obstáculos más visibles se encuentran la escasez de recursos económicos y humanos, la rigidez administrativa de los sistemas de salud y la todavía limitada formación intercultural del personal sanitario, lo que dificulta que la atención responda de manera sensible y adecuada a contextos culturalmente diversos. Además, también aparecen resistencias tanto institucionales como comunitarias, muchas veces vinculadas a tensiones de fondo entre la biomedicina y los saberes tradicionales, así como a experiencias históricas de exclusión, maltrato o desconfianza hacia los servicios formales de salud. Y es que cuando una comunidad ha sentido durante años que su palabra no cuenta o que su forma de entender la salud es mirada con recelo, no basta con abrir un servicio para recuperar la confianza. Todos estos factores terminan limitando la integración real de los enfoques interculturales y condicionan su permanencia en el tiempo.

Aun con esas dificultades, la evidencia revisada muestra que las políticas de salud intercultural pueden generar efectos positivos y sostenidos cuando se desarrollan desde principios claros, como la participación comunitaria, el reconocimiento de los saberes tradicionales y la colaboración respetuosa entre distintos sistemas médicos. Las experiencias documentadas en México, Brasil, Perú, Canadá y Nueva Zelanda dan cuenta de mejoras en indicadores de salud materno-infantil, de una reducción en las brechas de acceso a los servicios y de un fortalecimiento progresivo de la confianza comunitaria hacia los sistemas de salud. De verdad es que estos resultados no solo hablan de una mayor eficiencia institucional, sino también de algo más profundo: la posibilidad de construir una atención que no se sienta ajena, distante o impuesta. En ese sentido, los enfoques interculturales se revelan como herramientas valiosas para avanzar hacia sistemas sanitarios más equitativos, más pertinentes y verdaderamente competentes desde el punto de vista cultural.

La incorporación de la salud ancestral en los sistemas médicos públicos se consolida, por tanto, como un componente estratégico para reducir desigualdades sanitarias, especialmente en poblaciones indígenas y rurales que históricamente han enfrentado barreras de acceso, atención insuficiente y respuestas poco conectadas con su realidad. Sin embargo, esta integración no puede sostenerse solo en el reconocimiento simbólico o en la buena voluntad institucional, porque también necesita procesos sistemáticos de validación, regulación y articulación con la biomedicina que permitan garantizar la seguridad, la eficacia y la calidad de las intervenciones. Además, cuando estos mecanismos no existen o resultan débiles, el alcance de las políticas interculturales puede verse limitado y su legitimidad puede quedar expuesta a cuestionamientos. Es algo parecido a construir un puente valioso, pero sin reforzar bien sus bases: la intención está, el avance se ve, pero el sostén todavía no es suficiente.

Finalmente, la participación activa de las comunidades emerge como un factor transversal y decisivo en todas las etapas del ciclo de la política pública. Su incorporación mediante metodologías participativas en el diseño, la implementación y la valoración de las políticas no solo fortalece la pertinencia cultural de las intervenciones, sino que también incrementa su aceptación social, su legitimidad institucional y su sostenibilidad a largo plazo. Y es que cuando una comunidad no solo recibe una política, sino que también la discute, la transforma y la hace suya, esa política adquiere un sentido mucho más fuerte y duradero. En tal sentido, la medicina intercultural se posiciona como un eje esencial para la construcción de sistemas de salud más inclusivos, más resilientes y más coherentes con los principios de justicia social, no solo porque amplía derechos, sino porque dignifica formas diversas de entender, cuidar y sostener la vida.

Recomendaciones

Partiendo de los descubrimientos de este estudio, se plantea las siguientes recomendaciones orientadas a fortalecer la implementación y efectividad de las políticas de salud intercultural:

Fortalecer la formación en competencias interculturales: Desarrollar e institucionalizar programas de capacitación continua para profesionales de la salud, que incorporen contenidos sobre diversidad cultural, comunicación intercultural, cosmovisiones de salud y conocimiento básico de prácticas médicas tradicionales, con el fin de optimar la eficacia de la atención y disminuir tensiones entre sistemas médicos.

Promover la colaboración de la población en todas las etapas de la política pública: Garantizar la inclusión activa de comunidades indígenas y actores locales en el diseño, implantación, monitoreo y valoración de las políticas de salud intercultural, mediante el uso sistemático de metodologías participativas como talleres comunitarios, consultas con líderes locales e investigaciones cualitativas.

Asegurar la sostenibilidad financiera e institucional: Asignar recursos financieros adecuados y estables que permitan la continuidad de las políticas interculturales, incluyendo

inversión en infraestructura sanitaria, contratación de personal capacitado y fortalecimiento de unidades administrativas especializadas en salud intercultural.

Impulsar la investigación y validación de prácticas médicas tradicionales: Fomentar estudios interdisciplinarios que evalúen la seguridad, eficacia y posibles mecanismos de integración de las prácticas tradicionales con la medicina convencional, promoviendo un enfoque basado en evidencia que respalde su incorporación en los sistemas de salud pública.

Establecer marcos normativos y mecanismos de gobernanza claros: Desarrollar y actualizar marcos legales que regulen la práctica de la medicina tradicional y definan criterios de articulación con el sistema biomédico, garantizando estándares de calidad, seguridad y respeto cultural.

Crear y fortalecer espacios de diálogo intercultural: Facilitar plataformas de intercambio y colaboración entre practicantes de medicina tradicional, profesionales de la salud convencional y autoridades sanitarias, con el objetivo de fomentar el respeto mutuo, la cooperación interprofesional y el aprendizaje compartido.

REFERENCIAS

Alvarez, S. L. (2014). *Salud intercultural como política social.*

Andermann, A. (2016). *Evidence for Health: From Patient Choice to Global Policy.* Cambridge University Press.

Argüello, H., & González, A. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *LiminaR, 12*(2). HYPERLINK "https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272014000200002" \t "_blank" https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272014000200002

Berry, J. W. (2011). Integration and multiculturalism: Ways towards social solidarity. . *Papers on Social Representations, 20*, 1-21.

Casallas, D. F. (2024). Participación ciudadana, gobernanza democrática y derecho al desarrollo: una revisión sistemática. *Revista De Estudios Interdisciplinarios En Ciencias Sociales,, 26*(1), 198-.

Castelblanco, J. H., & Quintero, D. A. (2023). *LIDUTEP: HACER LA CIUDAD MÁS HABITABLE Y SEGURA. Lineamientos de diseño urbano para la transformación de las experiencias del ser humano en el espacio público.*

Chacon , E., Dominguez , O., & Hoyos , J. (2023). La Visión del Espacio Latinoamericano y CaribeñodeEducación Superior. *INTEGRACIÓNYCONOCIMIENTO ISSN 2347 -0658, 12*(2), 135-164.

Chambers, R. (. (1994). Participatory Rural Appraisal (PRA): Challenges, Potentials and Paradigm. *World Development,, 22*(10), 1437-1454.

Cornwall, A., & & Jewkes, R. (1995). What is Participatory Research. *Social Science & Medicine, 41*(12), 1667-1676.

Cornwall, A., & Jewkes, R. (1995). What is Participatory Research. *Social Science & Medicine,, 41*(12), 1667-1676.

Cortés, C. M. (2016). Representaciones sociales del cáncer de cuello uterino en mujeres Wayuu, en prestadores de servicios de salud y en tomadores de decisión del municipio de Uribia del Departamento de La Guajira, . Colombia (Doctoral dissertation)., Guajira.

Cruz , T., Cruz , Y., Cruz , M., Muñoz , A., & Quintana , D. (2022). La Medicina Ancestral en la Sierra y Su Aplicación al Cuidado de la Salud. *Dominio De Las Ciencias,, 8*(3), 746–760.

Cunningham, J. (. (2014). Indigenous Health: Historical, Social, and Cultural Determinants. *Routledge.*

de García, B. L. (2023). Estrategias de trabajo social comunitario para el empoderamiento de la zona rural. . *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales-Relacis,, 2*(1), 16-29.

Durie, M. (2004). *Nga Kahui Pou: Launching Maori Futures.* . Huia Publishers.

Escobar, A. e. (2011). *Evaluación participativa de políticas públicas: Guía metodológica.* CLACSO.

Fernandez, C. L. (2023). Saberes ancestrales y medicina tradicional en EDAS e IRAS. Centro de salud Cachisagua. Bolivar, Universidad Estatal de Bolívar., Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano. Carrera de Enfermeria).

Galletti, E. O. (2024). Identificando la percepción de médicos respecto a barreras lingüísticas en la atención médica brindada a pacientes de dos comunidades indígenas en Imbabura en el 2024. QUITO, Universidad de las Américas.

Giovanella, L. e. (2015). *Health Systems in South America: Challenges to the Universality.* Organización Panamericana de la Salud.

Gone, J. P. (2013). Redressing First Nations historical trauma: Theorizing mechanisms for Indigenous culture as mental health treatment. *Transcultural Psychiatry, 50*(5), 683-706.

Grippaldi, E. (2020). *Comunidades narrativas y vida buena. Narrativas biográficas en espacios terapéuticos de orientación espiritual y evangélica por consumo de drogas. En Investigación e intervención en salud: demandas históricas, derechos pendientes y desigualdades pendient.* Buenos Aires (Argentina): Teseo.

Hammersley, M. &. (2007). . *Ethnography: Principles in Practice.*. Routledge.

Huerta, L. A. (2024). *Las representaciones sociales de la musicoterapia como enfoque no farmacológico entre sus practicantes.*

Kenya., G. o. (2007). *Traditional Health Practitioners Act. Nairobi, .* Kenya.

King, M. S. (2009). The Lancet, . *Indigenous health part 2: The underlying causes of the health gap., 374*(9683), , 76-85.

Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking Cultural Competence. *Transcultural Psychiatry, 49*(2), 149-164.

Langdon, E. (2018). Salud indígena en Brasil: pluralismo médico y autocuidado. *Faltas de respeto , , 2018*(58), 8 -15.

Langdon, E. J. (2010). Anthropology, Public Health, and Human Rights: The Case of Indigenous Peoples in Brazil. . *Annals of Global Health,, 76*(3), 279-285.

Langdon, E. J., & Wiik, F. B. (2010). Anthropology, health and illness: An introduction to the concept of culture applied to the health sciences. *Revista Brasileira de Enfermagem, ., 63*(3), 457-464.

Lexivox, ,. j. (2013). *Ley 459 de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana.* Lexivox, Portal juridico. HYPERLINK "https://www.lexivox.org/norms/BO-L-N459.html" \t "_blank" https://www.lexivox.org/norms/BO-L-N459.html

López, I. D. (2023). *Salud intercultural en el hospital de especialidades pediátricas: una propuesta para mejorar la calidad de los servicios.*

López, L. (2009). Interculturalidad, educación y política en América Latina: perspectivas desde el Sur. Interculturalidad, educación y ciudadanía perspectivas latinoamericanas,.

Melero, G. (2017). *Indicadores culturales y antropométricos relacionados con la salud podológica del escolar, según la nacionalidad.* idus.us.es.

Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. (2013). *Gobierno llega con una feria de salud integral al pueblo indígena guaraní en el municipio de camiri.* Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad.

MINSA, M. d. (2015). *Proyecto de Salud Intercultural. Lima, Perú.* Retrieved from http://www.minsa.gob.pe.

Montalvo, A. I., Moreno Espiritu, G., & Sotelo, J. S. (2022). *Propuesta de mejora en la gestión de la implementación del enfoque de interculturalidad al Programa de Promoción de la Salud en la Microred Monzón-Red Leoncio Prado, Periodo 2020.*

Montenegro, R., & Stephens, C. (2011). Indigenous Health in Latin America and the Caribbean. *The Lancet, 377*(9761), 185-195. HYPERLINK "https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68808-9%20" \t "_blank" https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68808-9

Muñoz, K. A. (2024). *Descripción de la participación de los actores sociales claves involucrados en las actividades turísticas culturales del distrito de Matambú, Hojancha, provincia de Guanacaste, Costa Rica, para evaluar las condiciones de la gestión turística sostenible de.*

Nigenda, G. e. (2010). The Role of Traditional Birth Attendants in Mexico: A Relational Perspective. . *Social Science & Medicine, , 71*(16), 1056-1064.

Nigenda, G., Langer, A., & & Alcalde, J. (2010). Incorporación de parteras tradicionales en la atención materno-infantil en México. *Salud Publica de Mexico, 52*(5), 387-395.

Peltzer, K. &. (2008). Patients consulting traditional health practitioners in the context of HIV/AIDS in urban areas in KwaZulu-Natal, South Africa. African Journal of Traditional,. *Complementary and Alternative Medicines, , 5*(4), 370-379.

Pérez, C. A. (2020). Prácticas educativas y pedagógicas en la construcción de tejido social desde la Agricultura urbana agroecológica: la experiencia comunitaria de los adultos mayores en la Corporación. Universidad de Caldas .

Pöllmann, A. (. (2017). Intercultural education and the realization of intercultural capital in Mexico. . *Mex Revista: México Interdisciplinario , 6*(12), 80-93.

Robles, B., Moreno, E. D., Quintero, G. A., & & Sierra Castro, G. (2023). *AVA como estrategia didáctica para la Comprensión Lectora inferencial en los estudiantes del grado quinto del Centro Educativo Rural Los Encantos Guaimaral (D.* Universidad de Cartagena.

Romero, O. Y., Perilla, J. C., Cedeño, S. J., Tapiero, J. D., & Tamayo, J. L. (2022). Medicina tradicional ancestral en el sistema de salud de Ecuador. Sapienza:. *International Journal of Interdisciplinary Studies, 3*(8), 272-286.

Rubin, H. J. (2012). *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data.X.* Rubin, H. J., & Rubin, I. S. (2012). Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data. Sage Publications.

Saavedra, A. M. (2024). Estrategia Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables y Sostenibles. Una apuesta de acción intersectorial del Ministerio de Salud y Protección Social. Caldas: Universidad de Caldas.

Salud, S. d. (2009). *Estrategia Nacional para la Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas. México.* Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud. (2015). *Guías y Protocolos para la Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas.* Secretaría de Salud,Mexico.

Smith, D. (2013). The Indigenous Health Framework: Towards Transformative Policy and Practice in Canada. . *Canadian Journal of Public Health, ., 104* (2), 165-168.

Torri, M. C. (2009). *Enhancing Innovation Between Indigenous and Western.*

Vargas, S. J. (2023). *Propuesta curricular intercultural que incorpora elementos de la cosmovisión de la cultura ancestral Embera Chamí para la enseñanza del pensamiento numérico en los grados tercero a quinto de educación básica primaria.* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia).

Vega, J. O. (2024). *Voces con propósito: manual de estrategias de comunicación para el desarrollo y el cambio social. Modulo conceptual.*

WHO, O. (2015). *Global Health Observatory Data Repository. World Health.*

Zapata, D. E. (2018). Propuesta de innovación social para el empoderamiento en salud de madres colombianas desde una clínica de alta complejidad. *Comunicación y Salud del XIV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (ALAIC), San José-Costa Rica*, 114- 122. HYPERLINK "https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2020/233411/ComunicacionySalud-ebook_21.pdf" \l "page=114" \t "_blank" https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2020/233411/ComunicacionySalud-ebook_21.pdf#page=114