



# Salud intercultural De la teoría a la práctica

**Informe**  
Diciembre 2023



**ICEERS**

INTERNATIONAL CENTER FOR  
ETHNOBOTANICAL EDUCATION  
RESEARCH & SERVICE

Este proyecto ha sido posible gracias al apoyo financiero de:



AVISO: En ICEERS, todas nuestras iniciativas se llevan a cabo bajo estrictos principios de autonomía e integridad intelectual. Aseguramos que la recepción de apoyo financiero para cualquiera de nuestros proyectos no influye, altera ni compromete la objetividad de nuestros resultados.

**Un proyecto de**

International Center for Ethnobotanical Education, Research, and Service (ICEERS)

**Investigación y desarrollo del proyecto**

Carlos Suárez Álvarez

**Promotor del proyecto**

Jerónimo Mazarrasa

**Editor**

Ricard Faura

**Revisión**

Cristina Sánchez, José Carlos Bouso

**Edición, corrección y estilo**

Igor Domsac

**Diseño**

Alex Verdaguer

Para más información:

**[info@iceers.org](mailto:info@iceers.org)**

## TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE ACRÓNIMOS	5
1. INTRODUCCIÓN	7
2. MARCO INSTITUCIONAL Y NORMATIVO, POR PAÍSES	16
2.1. LATINOAMÉRICA	16
2.1.1. Marco legal e institucional en Bolivia	19
2.1.2. Marco legal e institucional en Brasil	20
2.1.3. Marco legal e institucional en Colombia	21
2.1.4. Marco legal e institucional en Ecuador	23
2.1.5. Marco legal e institucional en México	24
2.1.6. Marco legal e institucional en Perú	25
2.2. ÁFRICA	26
2.2.1. Marco legal e institucional en Ghana	27
2.3. AUSTRALIA	28
2.3.1. Marco legal e institucional en Australia	28
3. MODELOS DE INTERCULTURALIDAD EN SALUD	30
3.1. Modelos con sensibilidad intercultural	30
3.2. Modelos interculturales paralelos	31
3.3. Modelos interculturales integrados	31
4. EXPERIENCIAS PRÁCTICAS EN SALUD INTERCULTURAL	33
BOLIVIA	33
Hospital Boliviano Español Nila Heredia Patacamaya	33
Residencia Médica Salud Comunitaria Intercultural (SAFCI)	33
Caja Petrolera de Salud - División Nacional de Medicina Tradicional	34
BRASIL	35
Ambulatorio de Salud Indígena - Hospital Universitario de Brasilia	35
COLOMBIA	36
Modelo Integral de Atención en Salud (Departamento de Guainía)	36
Modelo Intercultural de Atención y Prestación de Servicios de Salud para la Población Indígena del Amazonas, 2010-2011	37
Atención Primaria en Salud con comunidades indígenas del Vaupés – Sinergias	38

Casa de Sanación de UMIYAC	39
ECUADOR	40
Sistema de Salud Integral de Loreto	40
Clínica Jambi Huasi	41
Hospital Andino de Riobamba	41
MÉXICO	42
Hospitales Integrales con Medicina Tradicional	42
Clínica y Licenciatura de Salud Intercultural	43
PERÚ	44
Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica	44
ASOMASHK	46
SURINAM	47
Centros de Salud de Kwamalasamutu	47
AUSTRALIA	48
Aboriginal and Torres Strait Islander Health Worker (A&TSIHW)	48
Ngangkari en el Northern Adelaide Local Health Network	49
5. CRÍTICAS, OBSTÁCULOS, COMPLEJIDADES	50
6. CONSIDERACIONES FINALES	55

## LISTA DE ACRÓNIMOS

- ACCHOs** - Aboriginal Community Controlled Health Organisations, Australia
- AIDSESP** - Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana
- ANTAC** - Anangu Ngangkari Tjutaku Aboriginal Corporation, Australia
- ASI** - Ambulatorio de Salud Indígena, Brasil
- A&TSIHW** - Aboriginal and Torres Strait Islander Health Worker, Australia
- CASAI** - Casas de Apoyo y Salud Indígenas, Brasil
- MAIS-FC** - Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural, Ecuador
- MIAS** - Modelo Integral de Atención en Salud, Colombia
- NACCHO** - National Aboriginal Community Controlled Health Organisation, Australia
- NALHN** - Northern Adelaide Local Health Network, Australia
- OATSIH** - Office of Aboriginal and Torres Strait Islander Health, Australia
- OMS** - Organización Mundial de la Salud
- OPS** - Organización Panamericana de la Salud
- PAIS** - Política de Atención Integral en Salud, Colombia
- PFETSIA** - Proyecto de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica
- PNASPI** - Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas, Brasil
- PTSP** - Plan Territorial de Salud Pública, Colombia

**SAFCI** - Modelo Nacional de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, Bolivia

**SASI** - Subsistema de Atención a la Salud Indígena (SASI), Brasil

**SGSSS** - Sistema General de Seguridad Social en Salud, Colombia

**SISPI** - Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural, Colombia

**SUS** - Sistema Único de Salud, Brasil

**UMIYAC** - Unión de Médicos Indígenas Yageceros de la Amazonía Colombiana

# 1. INTRODUCCIÓN

Este documento ofrece una visión panorámica de las iniciativas que han tratado de hacer realidad las teorías sobre salud intercultural que, en las últimas décadas, se han elaborado con la intención de mejorar la atención a la salud de los pueblos indígenas.

La UNESCO define interculturalidad como la «presencia e interacción equitativa de diversas culturas y la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, a través del diálogo y del respeto mutuo»<sup>1</sup>. De manera más crítica, nos remite a un «proceso de relación, comunicación y aprendizaje entre culturas a partir de condiciones de respeto, legitimidad mutua, simetría e igualdad. Un intercambio entre personas, conocimientos, saberes y prácticas culturalmente diferentes para desarrollar un nuevo sentido entre ellas en su diferencia; un espacio de negociación y traducción, donde las desigualdades y las relaciones de poder de la sociedad son reconocidas y confrontadas»<sup>2</sup>.

Inspirándonos en esas definiciones, entendemos salud intercultural como el diálogo y la integración de los sistemas médicos occidental y tradicional que, en su complementariedad respetuosa, son capaces de generar un nuevo sistema que garantice mayores niveles de salud.

Pero la integración de ambos sistemas es difícil. En su expansión global, Occidente ha exportado unas estructuras políticas, morales y productivas extremadamente eficaces para la producción y la acumulación de poder, pero también capaces de eclipsar otras formas de entender y estar en el mundo. Esa occidentalización resulta eminentemente materialista, empírica, individualista y antropocéntrica, y se halla en oposición a sociedades como las indígenas, caracterizadas

---

<sup>1</sup> UNESCO (2005). *Convención sobre la promoción y protección de la diversidad de las expresiones culturales*. UNESCO. Disponible en: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000142919\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000142919_spa)

<sup>2</sup> Walsh, citada en: Pedrana, L., Trad, L. A. B., Pereira, M. L. G., Torrenté, M. O. N., Mota, S. E. C. (2008). Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e178.

por la espiritualidad, la pertenencia comunitaria, el cosmocentrismo o la intuición. Esta tensión/oposición entre dos formas de estar en el mundo resulta particularmente notable en la relación entre medicina occidental y medicina tradicional.

### **Occidental vs. tradicional**

Una típica definición institucional de medicina occidental reza así: «Un sistema por el cual los médicos y otros profesionales de la atención de la salud (por ejemplo, enfermeros, farmacéuticos y terapeutas) tratan los síntomas y las enfermedades por medio de medicamentos, radiación o cirugía»<sup>3</sup>.

Un análisis crítico vincula los sistemas de salud occidentales a la modernidad materialista, empírica, individualista y antropocéntrica. En este acercamiento a la salud, el ser humano es independiente del medio y está formado por distintas partes a su vez independientes que funcionan mecánicamente. La medicina occidental ha alcanzado un gran éxito en tratar aquello que es medible empíricamente, pero desdeña los fenómenos no visibles, energéticos o emocionales; desdeña lo familiar y comunitario; desdeña lo ritual y lo espiritual. El cuerpo del paciente, el cuerpo del individuo, puede ser analizado y atendido por sí solo, sin tener en cuenta otros factores.

Una definición canónica de medicina tradicional dice así: «La suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales»<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Instituto Nacional del Cáncer (s. f.). Medicina convencional. *Diccionario de cáncer*. NCI. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/medicina-convencional>

<sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95008>

Un análisis crítico recalca que las sociedades tradicionales se mueven en el ámbito de la espiritualidad, el cosmocentrismo, la intuición y el holismo. Consideran que la persona es inseparable de las condiciones familiares, sociales y ecológicas, y que su enfermedad es curable sólo en la medida en la que se intervenga también sobre esas condiciones. La realidad tiene una dimensión visible y una invisible, y en esta última puede encontrarse tanto la causa de la enfermedad como el remedio: se abre entonces el campo del chamanismo y otras técnicas que tratan de restablecer un equilibrio con el todo.

### **Integración intercultural**

Durante las últimas décadas se ha desarrollado un proceso que intenta integrar lo mejor de cada uno de estos sistemas. Por un lado, la aproximación positivista de profesionales con formación universitaria reglada (médicos, psiquiatras, enfermeros) y el uso de fármacos y procedimientos desarrollados a través de ensayos clínicos. Por otro, la aproximación de la medicina tradicional, que trata a la persona de manera holística (cuerpo, mente, espíritu, medio social y ecológico), con técnicas menos invasivas, y con el uso de ciertas plantas medicinales cuya eficacia, en algunos casos, ya ha sido corroborada por la ciencia occidental (como sucede con la ayahuasca para la depresión<sup>5</sup>).

Es preciso recordar que muchos de los conocimientos básicos de la medicina convencional tienen su raíz en la medicina tradicional. Por ejemplo, fármacos como la aspirina o los opioides, fundamentales en las prácticas médicas convencionales de hoy en día. Pese a que en ocasiones se han presentado estos sistemas como excluyentes, especialmente por la retórica occidental de civilización/barbarie, progreso/atraso, ciencia/superstición, razón/emoción, la

---

<sup>5</sup> Palhano-Fontes, F., Barreto, D., Onias, H., Andrade, K. C., Novaes, M. M., *et al.* (2019). Rapid antidepressant effects of the psychedelic ayahuasca in treatment-resistant depression: a randomized placebo-controlled trial. *Psychological Medicine*, 49 (4), 655-663.

complementariedad de ambos puede jugar un papel decisivo en la atención a la salud.

## **El renacimiento de la medicina tradicional**

Las sociedades indígenas fueron relegadas durante siglos a la categoría de atrasadas, remanentes de un oscuro pasado que la modernidad occidental, en su expansión global, habría de superar. Pero, en la segunda mitad del siglo XX, numerosos movimientos emancipatorios y decoloniales en todo el mundo iniciaron un proceso de reivindicación que, políticamente, aspiraba a poner fin a la discriminación institucionalizada, mientras que social y culturalmente pretendía revalorizar una serie de prácticas secularmente consideradas brutales o, como en el caso de las prácticas médicas, supersticiosas.

Diversos convenios, declaraciones y acuerdos internacionales suscritos de manera global desde los años setenta han generado una nueva sensibilidad política hacia los pueblos indígenas, al tiempo que han alentado una reivindicación muy decidida de estos pueblos por la validez y pertinencia de sus conocimientos ancestrales.

## **La Declaración de Alma-Ata<sup>6</sup>**

El primer espaldarazo llegó con la Declaración de Alma-Ata, que se realizó en 1978 durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud en la ciudad hoy conocida como Almaty, en Kazajistán, una de las antiguas repúblicas socialistas soviéticas. La Declaración subrayaba la importancia de la atención primaria en salud para garantizar el bienestar de la población mundial, y se refería de manera explícita al papel clave que podía jugar la medicina tradicional en este objetivo. Además, estableció como definición de salud un «completo

---

<sup>6</sup> Organización Mundial de la Salud (1978). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf>

estado de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad». Una definición con resonancias holísticas que se alinea con los sistemas de representación propios de las sociedades tradicionales.

## **El respaldo de la OIT y de la ONU**

Otro momento decisivo fue la firma del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre pueblos indígenas y tribales<sup>7</sup>. El Convenio 169 constituyó un apoyo legal fundamental para que las reivindicaciones de los pueblos indígenas se hicieran realidad. Entre las medidas más significativas, el Convenio obligaba a los Estados miembros a realizar consulta previa con las comunidades indígenas cuando quisieran llevar a cabo cualquier tipo de intervención en los territorios indígenas. Además, el artículo 25 se refería de manera específica a la salud:

Artículo 25. 1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental. 2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales. 3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria. 4. La prestación de tales servicios de salud

---

<sup>7</sup> Organización Internacional del Trabajo (2014). Convenio Núm. 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas*. OIT, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.

deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

La Declaración de la ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, de 2007, abundaba en las disposiciones del Convenio, explicitando en el artículo 24.1 que «los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital»<sup>8</sup>.

### **La OMS y su defensa de la medicina tradicional**

En la Conferencia Internacional sobre Medicina Tradicional para los Países de Asia Sudoriental, celebrada en febrero de 2013, la entonces directora general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Margaret Chan, declaró que «las medicinas tradicionales de calidad, seguridad y eficacia comprobada contribuyen a asegurar el acceso de todas las personas a la atención de salud. Para muchos millones de personas, los remedios a base de hierbas, los tratamientos tradicionales y las prácticas de las medicinas tradicionales representan la principal fuente de atención sanitaria, y a veces la única. Esta forma de atención está próxima a los hogares, es accesible y asequible. Además, es culturalmente aceptada y en ella confían muchísimas personas. La asequibilidad de la mayor parte de las medicinas tradicionales las hace más atractivas en el contexto del vertiginoso encarecimiento de la atención de salud y de la austeridad casi universal»<sup>9</sup>.

Esta declaración de Chan refrenda la apuesta que la OMS ha realizado en las últimas décadas por valorar y potenciar la medicina tradicional.

---

<sup>8</sup> Organización de las Naciones Unidas (2007). *Declaración de la ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas*. Asamblea General de la ONU. Disponible en: [https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS\\_es.pdf](https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf)

<sup>9</sup> Organización Mundial de la Salud (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. OMS. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/95008>

«Una estrategia mundial destinada a promover la integración, reglamentación y supervisión apropiadas de la medicina tradicional», decía Chan, «será de utilidad para los países que desean desarrollar políticas dinámicas relativas a esta parte importante, y con frecuencia vigorosa y expansiva, de la atención de salud».

En esta línea, la *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023* reconoce el interés creciente del público por las medicinas tradicionales, su importancia económica en el desarrollo de algunos países, su irrefrenable globalización, la necesidad de iniciar procesos de acreditación y reglamentación, y la protección de los derechos de propiedad intelectual de los pueblos indígenas. Finalmente, la OMS reitera la importancia de una integración más estrecha de la medicina tradicional en los sistemas de salud nacionales.

### **En busca de la integración**

Margaret Chan, exdirectora general de la OMS, consideraba posible realizar la integración de la medicina tradicional en los sistemas nacionales de salud: «No tiene por qué haber conflicto entre la medicina tradicional y la medicina occidental. En el marco de la atención primaria, ambas pueden combinarse de forma armoniosa y beneficiosa, en un sistema que aproveche lo mejor de cada una y compense también las deficiencias de cada una. Ahora bien, esto no es algo que vaya a ocurrir espontáneamente: es preciso tomar deliberadamente decisiones normativas. Pero es posible hacerlo».

Para lograr una convivencia armoniosa, siempre de acuerdo con los lineamientos expuestos en la *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*, las autoridades sanitarias nacionales deben desarrollar políticas y estrategias para regular las medicinas

tradicionales que se practiquen en el país, y pone como ejemplos los casos de India y de China.

En India se imparte formación institucionalizada en los seis sistemas tradicionales de medicina reconocidos oficialmente (ayurveda, yoga, naturopatía, *unani*, *siddha* y homeopatía). Este país cuenta con 508 facultades, con una capacidad de admisión de 25.586 estudiantes por año; 117 de esas facultades también admiten a 2.493 estudiantes de posgrado. Las facultades sólo se pueden establecer con la autorización del Gobierno central y la aprobación previa de su infraestructura, programas de enseñanza y planes de estudio. Inspecciones anuales y por sorpresa aseguran el cumplimiento de las normas académicas y de infraestructura. El Gobierno central tiene atribuciones para reconocer cualquier cualificación y facultad o revocar ese reconocimiento<sup>10</sup>.

En China, alrededor del 90% de los hospitales generales cuentan con un departamento de medicina tradicional y prestan servicios de medicina tradicional, tanto a pacientes externos como hospitalizados. Las instituciones de medicina tradicional se rigen por la misma legislación nacional que regula las instituciones médicas convencionales. Los profesionales de medicina tradicional pueden ejercer en dispensarios y hospitales tanto públicos como privados. Los seguros públicos y privados cubren totalmente la medicina tradicional, incluidas las medicinas tradicionales tibetana, mongol, uigur y dai. Los pacientes pueden elegir libremente entre los servicios de medicina tradicional o convencional, así como recibir asesoramiento por parte de sus médicos sobre las terapias más apropiadas para sus problemas de salud<sup>11</sup>.

China e India constituyen dos ejemplos exitosos de la integración de las medicinas tradicionales en los sistemas de salud oficiales. Sin embargo,

---

<sup>10</sup> Organización Mundial de la Salud (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95008>

<sup>11</sup> Gobierno de China (2011). *China Statistical Yearbook 2011: Chinese Medicine (1987-2010)*. Oficina Nacional de Estadísticas de China. Disponible en: <http://www.stats.gov.cn/sj/ndsj/2011/indexeh.htm>

como veremos en este informe, en aquellos países en los que la medicina tradicional es practicada por pueblos indígenas o rurales, generalmente minoritarios y secularmente marginados, los intentos de integrarla en los sistemas nacionales de salud suelen ser puntuales y sólo tener éxito en ocasiones contadas.

El objetivo de esta guía es, precisamente, analizar las diversas propuestas de salud intercultural que se han puesto en marcha en países con población indígena, identificar los obstáculos más comunes y sugerir estrategias eficaces que contribuyan a mejorar la salud de las poblaciones indígenas que, de manera sistemática, muestren unos peores indicadores de salud que el resto de la población de su país.

## 2. MARCO INSTITUCIONAL Y NORMATIVO, POR PAÍSES

### 2.1. LATINOAMÉRICA<sup>12</sup>

Latinoamérica es una región de extraordinaria diversidad étnica. Además de los 700 pueblos indígenas (50 millones de personas) que existen en la región, hay poblaciones afrodescendientes y romaníes. Históricamente, estas poblaciones han sido discriminadas por la sociedad nacional creada por los colonizadores descendientes de los europeos. Sin embargo, en las últimas décadas, en el ámbito mundial y regional, se ha producido un reconocimiento de estos pueblos y sus conocimientos. Entre ellos, los relativos a la medicina tradicional han despertado una particular atención.

#### Indicadores de salud precarios

Los indicadores de salud de estos pueblos indígenas y otros grupos étnicos suelen mostrar claras inequidades respecto al resto de la población, lo cual se halla en relación directa con los índices de pobreza. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS): «La cobertura de la atención de salud, ya de por sí baja en las zonas rurales, alcanza los niveles más críticos en las zonas de asentamiento de los pueblos indígenas. Los saberes (conocimientos) colectivos, las prácticas locales, los terapeutas de la medicina indígena y los recursos comunitarios son muy necesarios, junto con los recursos de la biomedicina, para atender los problemas de salud de las comunidades indígenas, afroamericanas y de las distintas diversidades étnicas que son afectadas por problemas de salud». De ahí que la OPS considere

---

<sup>12</sup> Este epígrafe (La Medicina Tradicional en las Américas) está basado en diversos artículos que aparecen en el sitio web de la Red de Medicinas Tradicionales, Complementarias e Integrativas, de la Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://mtci.bvsalud.org/>

fundamental «reconocer la existencia de sistemas médicos tradicionales que han beneficiado a la humanidad entera, y que forman parte fundamental de las respuestas integrales para la salud y el bien común». Algo que, como hemos visto, recoge el espíritu de numerosas declaraciones institucionales de ámbito planetario.

### **Medicina tradicional en las Américas**

Según la OPS, dentro de la categoría de medicina tradicional, caben figuras tales como «chamanes, mamos, médicos tradicionales, pulseadores, parteras, hueseros, sobadores, promotores, etc., que poseen métodos propios de diagnóstico, tratamiento, atención, cuidado y prevención y cuyos recursos terapéuticos incluyen plantas “medicinales”, animales, minerales, ritos, dietas, entre otros, que son reconocidos por una población que los solicita y los practica». Normalmente, estas prácticas (que suelen traducirse en conocimiento de plantas medicinales, una visión holística de la salud, y un importante componente ritual y simbólico) albergan una historia ancestral que las convierte en pilar de las comunidades. Sin embargo, sobre la medicina tradicional se ciernen numerosas amenazas, tanto por cambios culturales en los pueblos indígenas, como por la apropiación indebida por parte de agentes foráneos. Es por eso que en las últimas décadas se han alcanzado numerosos acuerdos para la protección de los derechos colectivos y el conocimiento de los pueblos indígenas.

### **Política sobre etnicidad y salud**

Este clima de reconocimiento y revalorización de las prácticas médicas tradicionales en Latinoamérica alcanzó su máxima expresión en la

*Política sobre etnicidad y salud*<sup>13</sup>, un documento suscrito por los ministerios de salud en la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, en el marco de la 69.ª sesión del comité regional de la OMS para las Américas, en 2017. Los Estados miembros se comprometieron a «garantizar el enfoque intercultural en la salud y el tratamiento equitativo de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos», al tiempo que marcaban cinco líneas de actuación:

- **Generación de evidencia** sobre la situación de salud de los pueblos indígenas, así como sobre sus conceptos de salud/enfermedad y sus saberes y prácticas curativas tradicionales.
- **Impulso de la formulación de políticas** que permitan un desarrollo intercultural de la prestación de salud a pueblos indígenas y otras minorías.
- **Participación social y alianzas estratégicas** con los pueblos indígenas y otros grupos étnicos, asegurando la representatividad tanto de las mujeres como de los hombres en el desarrollo de las políticas públicas de salud.
- **Reconocimiento de los conocimientos ancestrales y de la medicina tradicional y complementaria** potenciando el diálogo de saberes que facilite el desarrollo y el fortalecimiento de modelos interculturales de salud.
- **Desarrollo de las capacidades a todos los niveles**, especialmente del personal de salud institucional y del personal comunitario como facilitador intercultural y generador de condiciones para el diálogo de saberes, introduciendo la interculturalidad en las carreras técnicas y profesionales del ámbito de la salud.

---

<sup>13</sup> Organización Panamericana de la Salud (2017). *Política sobre etnicidad y salud*. OPS, Washington, D.C., EUA. 160.ª Sesión del Comité Ejecutivo. CE160/15, 4 de mayo de 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34195/CE160-15-s.pdf>

Aunque estas líneas de actuación pasaron a la agenda política regional en 2017, es preciso señalar que en la mayoría de los países latinoamericanos existía ya un importante marco normativo nacional que favorecía la implementación de la salud intercultural.

### **2.1.1. Marco legal e institucional en Bolivia<sup>14</sup>**

La interculturalidad constituye un principio rector de la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. La segunda sección del capítulo quinto está enteramente dedicada al derecho a la salud y reconoce la importancia de la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígenas. El artículo 42 establece la responsabilidad del Estado de promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional.

A partir de esta preocupación constitucional, los legisladores desarrollaron toda una serie de normas e instituciones que fomentan la salud intercultural a efectos prácticos. El Modelo Nacional de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) se ha implementado como el nuevo modelo sanitario de Bolivia. Uno de los cuatro ejes principales de este modelo es el de la interculturalidad, que plantea la promoción e integración de distintos conocimientos y prácticas como opciones para la atención dentro del Sistema Único de Salud. Esto expone a su vez la necesidad de distintas tareas tales como la recuperación y el fortalecimiento de saberes propios ancestrales a través de actividades como la investigación.

Esta base normativa dio lugar a la creación del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, y de la Dirección General de Medicina Tradicional e Interculturalidad adscrita a éste. Ambos

---

<sup>14</sup> La sección 3, referida a Bolivia, está basada en: Agudelo Ortiz, D. M. (2014). *Salud intercultural: encrucijadas del vivir bien y el sumak kawsay en Bolivia y Ecuador*. Tesis de maestría. Universidad Andina Simón Bolívar. Cuando en el texto se usa información complementaria de otra fuente, se especifica.

organismos fijaron sus funciones a través del documento *Lineamientos Estratégicos de Medicina Tradicional e Interculturalidad en Salud 2012-2016*. Pero quizás el adelanto más importante en términos de soporte legal tiene que ver con la promulgación de la Ley de Medicina Tradicional en diciembre de 2013.

### **2.1.2. Marco legal e institucional en Brasil<sup>15</sup>**

En Brasil existe un complejo aparato institucional que, en teoría, debería garantizar una atención «diferenciada» en salud a los pueblos indígenas, como respuesta a las reivindicaciones que desde los años ochenta del siglo pasado vienen realizando los pueblos indígenas, muy particularmente en la I Conferencia Nacional de Protección a la Salud Indígena. Esta atención diferenciada se materializó con la creación, en el seno del Sistema Único de Salud (SUS), del Subsistema de Atención a la Salud Indígena (SASI). En este subsistema, teóricamente, los agentes comunitarios indígenas y los practicantes tradicionales habrían de participar como importantes aliados de los profesionales de atención primaria para mejorar la salud.

La ley que le dio nacimiento hacía énfasis en que el SASI deberá «obligatoriamente tener en consideración la realidad local y las especificidades de la cultura de los pueblos indígenas y el modelo a ser adoptado para la atención a la salud indígena, que se debe realizar por un abordaje diferenciado y global, contemplando los aspectos de asistencia a la salud, saneamiento básico, nutrición, vivienda, medio

---

<sup>15</sup> Este marco institucional se ha escrito a partir de la lectura de: 1) Ferreira, A. (2020). *Atenção diferenciada em saúde indígena: Das garantias legais ao encontro entre doentes crônicos xerente e profissionais de saúde*. 32.ª Reuniao Brasileira de Antropologia, 7-10 de julio de 2020, Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, Campus Maracanã, Rio de Janeiro. 2) Assumpção, K. (2020). *Entre humanizar o diferente e diferenciar os humanos: políticas estatais de saúde no baixo Oiapoque*. 32.ª Reuniao Brasileira de Antropologia, 7-10 de julio de 2020, Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, Campus Maracanã, Rio de Janeiro. 3) Pedrana, L., Trad, L. A. B., Pereira, M. L. G., Torrenté, M. O. N., Mota, S. E. C. (2018). Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 42, e178.

ambiente, demarcación de tierras, educación sanitaria e integración institucional».

La creación en 1999 del SASI trajo consigo, con el tiempo, una red de atención primaria de salud en las aldeas, con puestos de salud, centros de referencia, Casas de Apoyo y Salud Indígenas (CASAI) y Distritos Sanitarios Especiales Indígenas.

En 2002, la Fundación Nacional de Salud formuló la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (PNASPI), que oficializaba la necesidad de articular los sistemas tradicionales de salud indígena con el sistema biomédico como elemento fundamental para la mejora del estado de salud de esa población:

La mejora en el estado de salud de los pueblos indígenas no ocurre por las simples transferencias a ellos de conocimientos y tecnologías de la biomedicina, considerándolos como receptores pasivos, desposeídos de saberes y prácticas ligadas al proceso de salud y enfermedad. El reconocimiento de la diversidad social y cultural de los pueblos indígenas, la consideración y el respeto de sus sistemas tradicionales de salud son imprescindibles para la ejecución de acciones y proyectos de salud y para la elaboración de propuestas de prevención/promoción y educación para la salud adecuadas al contexto local.

Sin embargo, este supuesto diálogo de saberes ha sido puesto en entredicho por los investigadores sociales, como veremos en la sección de críticas, obstáculos y complejidades.

### **2.1.3. Marco legal e institucional en Colombia<sup>16</sup>**

En el año 2010, los pueblos indígenas de Colombia, en un proceso participativo que se consolidó en la Asamblea Nacional de Salud de los

---

<sup>16</sup> Vélez-Álvarez, C., Arias-Giraldo, V., Orozco-Castillo, L., Jaramillo-Ángel, C. (2021). Propuesta metodológica para la gestión del sistema indígena de salud intercultural. *Cultura, Educación y Sociedad*, 12(2), 147-164. Disponible en: <https://revistascientificas.cuc.edu.co/culturaeducacionysociedad/article/view/3209>

Pueblos, propusieron un sistema de salud que responde, reconoce, respeta y fortalece la diversidad étnica y cultural del país, denominado Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), el cual es concebido por el Estado como un derecho fundamental a la salud.

La responsabilidad de desarrollar el SISPI recayó en los departamentos (el equivalente a una comunidad autónoma en España), a través del Plan Territorial de Salud Pública (PTSP) propuesto cada cuatro años por el gobernante de turno. Si bien los sucesivos gobiernos nacionales han emitido instrucciones para que se desarrollen algunos componentes del SISPI, hasta el momento los avances no se han materializado de manera significativa.

En los principios rectores del documento que dio pie al SISPI se entiende la salud intercultural como: «La comunicación y coordinación comprensiva entre los diferentes saberes y prácticas de los pueblos y las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que genera el reconocimiento, la valoración y el respeto a su particularidad, en el plano de la igualdad, armonía y equilibrio que permite construir acciones integrales para el cuidado de la salud, a través de la medicina propia, así como de la alopática e incluso de otras medicinas alternativas. Hace referencia al relacionamiento entre los pueblos que conviven en los territorios donde se produce el reconocimiento, la valoración y el respeto a su particularidad, en el plano de la igualdad en armonía y equilibrio con todos los seres de la naturaleza».

Asimismo, en 2015 se promulgó la Ley 1751, o Ley Estatutaria de Salud, y con ella se lanzó la Política PAIS (Política de Atención Integral en Salud), que pretendía centrar la acción de la salud en las personas y no en las instituciones prestadoras de servicios. Esta política dio lugar a un componente operativo, el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), cuyo proyecto piloto se desarrolló en el departamento de Guainía,

fundamentalmente indígena, y que está detallado en la sección de experiencias prácticas.

#### 2.1.4. Marco legal e institucional en Ecuador<sup>17</sup>

La carta constitucional de Ecuador presenta la interculturalidad como uno de sus principios fundamentales: «El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico».

En el artículo 57 se inscribe la obligación del Estado de:

Mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos; sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; los recursos genéticos que contienen la diversidad biológica y la agrobiodiversidad; sus medicinas y prácticas de medicina tradicional, con inclusión del derecho a recuperar, promover y proteger los lugares rituales y sagrados, así como plantas, animales, minerales y ecosistemas dentro de sus territorios.

El artículo 358 establece el Sistema Nacional de Salud con la interculturalidad como uno de los fundamentos. El artículo 360 se refiere a la «complementariedad [del sistema de salud] con las medicinas ancestrales y alternativas». El Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 también hace referencia a la cuestión de la interculturalidad.

Por su parte, el MAIS-FC 2013 (Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural) reitera en el objetivo constitucional de alcanzar el buen vivir e insiste en el hecho de que para la construcción del *sumak kawsay* (buen vivir) la salud constituye una prioridad.

---

<sup>17</sup> Esta sección, referida a Ecuador está basada en: Agudelo Ortiz, D. M. (2014). *Salud intercultural. Encrucijadas del vivir bien y el sumak kawsay en Bolivia y Ecuador*. Tesis de maestría. Universidad Andina Simón Bolívar. Cuando en el texto se usa información complementaria de otra fuente, se especifica.

### 2.1.5. Marco legal e institucional en México<sup>18</sup>

México es uno de los países latinoamericanos en los que la medicina tradicional se ha intentado integrar en los sistemas de salud nacionales de manera más decidida. De hecho, el país cuenta con la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, integrada en la Secretaría de Salud (el equivalente español al Ministerio de Sanidad).

Hay toda una serie de disposiciones normativas y jurídicas que cimientan esta institucionalización. Por ejemplo, el artículo 25 del reglamento interior de la Secretaría de Salud, en su fracción XX, recoge la obligación de «diseñar, desarrollar e impulsar la política nacional de atención a la salud de los pueblos indígenas promoviendo la equidad en el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional».

En este sentido, el Plan Sectorial de Salud 2019–2024 indica una serie de estrategias en la implementación de los programas de salud para «promover la atención integral de la población indígena, considerando las contribuciones de la medicina tradicional, la participación de intérpretes y traductores de lenguas indígenas, la capacitación en materia de derechos indígenas y el enfoque de interculturalidad».

Finalmente, la Ley General de Salud recalca la importancia de «promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas», y señala la obligación de que los programas de prestación de la salud de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas se adapten a su estructura social y administrativa, así como a su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos.

---

<sup>18</sup> Secretaría de Salud de México (2020). *Modelo para la atención intercultural a la salud de los pueblos indígenas y afromexicanos*. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/601461/Modelo\\_de\\_Atencion\\_a\\_la\\_Salud\\_de\\_los\\_Pueblos\\_Indigenas\\_R.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/601461/Modelo_de_Atencion_a_la_Salud_de_los_Pueblos_Indigenas_R.pdf)

### 2.1.6. Marco legal e institucional en Perú

En 2014, el Estado peruano, a través del Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud, publicó el documento técnico *Diálogo Intercultural en Salud*<sup>19</sup>, que definió como «una metodología orientada a facilitar el acuerdo y la articulación entre representantes del sistema de salud occidental o biomédico y la medicina tradicional y popular permitiendo un mutuo aprendizaje, especialmente con los pueblos indígenas y las poblaciones afroperuanas. Busca también el desarrollo de procesos participativos culturalmente pertinentes, que permitan el abordaje de los determinantes socioculturales de la salud». El documento sienta las bases de cómo debe realizarse un diálogo intercultural en salud. Sin embargo, no fija metas ni sugiere experiencias concretas. Es fundamentalmente teórico.

En cuanto a las normas, se destacan las siguientes<sup>20</sup>:

- **Constitución de la República.** En su capítulo I, artículo 2, inciso 18, dice que toda persona tiene derecho a su identidad étnica y cultural. El Estado reconoce y protege la pluralidad étnica y cultural de la nación.
- **Ley General de Salud N.º 26482-1997.** La promoción de la medicina tradicional es de interés y atención preferente del Estado. Reconoce al medicamento homeopático y los productos naturales.

La norma que establece de manera directa la Política Sectorial de Salud Intercultural es el Decreto Supremo N.º 016-2016. Las ideas fundamentales que fundamentan dicha política son las siguientes:

- **Salud indígena crítica.** Escenario de carencias crónicas para los pueblos indígenas: elevadas tasas de mortalidad materna e infantil, malnutrición y enfermedades infecciosas. Hace falta más financiación para mejorar los establecimientos de salud biomédica.

---

<sup>19</sup> Ministerio de Salud de Perú (2014). *Diálogo Intercultural en Salud*. MINSA.

<sup>20</sup> Villar, M. (2017). *Reunión Regional: Avanzando Hacia la Salud Universal, Aportes de la Medicina Tradicional y Complementaria. Intercambio de experiencias*. Managua, 6-7 de junio de 2017.

- **Cosmovisión y medio ambiente.** Resulta necesaria una revalorización de los saberes tradicionales en salud de estas poblaciones, estrechamente vinculados a una relación armoniosa con el medio ambiente.
- **Incorporación de saberes.** Importancia de que la autoridad sanitaria incorpore saberes tradicionales en salud. Muchos de estos conocimientos y prácticas pueden contribuir a ampliar y mejorar la atención de la salud del conjunto de la población.

A lo largo de las últimas décadas, el Estado peruano ha realizado diagnósticos de salud para diversos pueblos indígenas, cuyas conclusiones se resumen en el documento de Política Sectorial de Salud Intercultural. Y aunque el documento asegura que en Perú se han realizado diversas experiencias en las que la inclusión del componente intercultural ha mejorado la prestación del servicio, no especifica ningún caso.

## 2.2. ÁFRICA

La medicina tradicional juega un papel fundamental en la atención primaria en salud en África. Se calcula que el 80% de la población depende de ella<sup>21</sup>. Su aceptación cultural, social y económica tiene raíz, por un lado, en su accesibilidad, y por otro, en su ya probada eficacia. Diversos estudios científicos han demostrado las propiedades de muchas medicinas vegetales usadas en contextos tradicionales para tratar enfermedades tan diversas como la malaria, el insomnio o el dolor<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> Ampomah, I. G., Malau-Aduli, B. S., Malau-Aduli, A. E. O., Emeto, T. I. (2020). Effectiveness of Integrated Health Systems in Africa: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 56(6), 271.

<sup>22</sup> *Ibidem*.

Esta importancia, observada y potenciada por la Organización Mundial de la Salud, ha permitido que en las últimas décadas numerosos países africanos hayan tratado de incorporar la medicina tradicional en sus sistemas de salud, y lo han hecho generalmente siguiendo un modelo paralelo, distinto al modelo integrado típico de China.

En el modelo paralelo, los sistemas nacionales de salud reconocen ambos tipos de medicina, si bien no suele existir una educación formal para aprender la medicina tradicional, ni hay regulación, ni integración en el sistema formal de prestación de servicios de salud. Numerosos países africanos (Benín, Burkina Faso, Camerún, Costa de Marfil, Guinea Ecuatorial, Ghana, y otros) han hecho esfuerzos por implementar este modelo paralelo en sus sistemas de salud oficiales. A continuación, nos centraremos en uno de los países sobre los que se encuentra más información al respecto: Ghana.

### **2.2.1. Marco legal e institucional en Ghana<sup>23</sup>**

En Ghana, el proceso de incorporación y legitimación de la «medicina vegetal» en el sistema oficial de atención a la salud ha estado marcada por las siguientes intervenciones desde 2001<sup>24</sup>:

- La Universidad de Ciencia y Tecnología Kwame Nkrumah comenzó un programa de Licenciatura en Medicina Vegetal en 2001, y para 2012 había formado a 112 médicos vegetalista.
- El Ministerio de Salud de Ghana estableció una Dirección de Medicina Tradicional y Alternativa en abril de 2001.

---

<sup>23</sup> *Ibidem*.

<sup>24</sup> Appiah, B., Amponsah, I. K., Poudyal, A., *et al.* (2018). Identifying strengths and weaknesses of the integration of biomedical and herbal medicine units in Ghana using the WHO Health Systems Framework: a qualitative study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 18, 286.

- Gracias a los esfuerzos de dicha Dirección, se realizaron recomendaciones a los hospitales públicos de Ghana para prescribir medicinas vegetales.
- En 2005 se lanzó una nueva política sobre la práctica de medicina alternativa y tradicional.
- En 2010 Ghana estableció un consejo para regular las actividades de medicina tradicional.
- En 2012 se permitió a médicos tradicionales registrados practicar su medicina.

Este contexto institucional cristalizó en la integración de módulos de medicina vegetal en 17 hospitales de la red pública estatal.

## 2.3. AUSTRALIA

### 2.3.1. Marco legal e institucional en Australia

Los aborígenes y los isleños del estrecho de Torres son los dos grandes grupos de indígenas que se reconocen institucionalmente en Australia. En 2021 su población ascendía a casi 900 mil personas, lo que equivalía al 3,4% de la población australiana. En general, el estado de salud de la población indígena resulta notablemente peor que el de la población blanca, y su esperanza de vida ocho años menor. Esto se debe, en parte, al proceso de colonización, que produjo un impacto grave: desconexión de cultura, familia y país, discriminación, inseguridad alimentaria, pobreza, marginación y trauma intergeneracional<sup>25</sup>.

La atención a la salud de los pueblos indígenas en Australia está coordinada por la National Aboriginal Community Controlled Health Organisation (NACCHO), que representa a las 144 Aboriginal Community Controlled Health Organisations (ACCHOs) que hay en Australia. Dentro

---

<sup>25</sup> Health Direct (julio de 2022). Aboriginal and Torres Strait Islander peoples' health. *Health Direct*. Disponible en: <https://www.healthdirect.gov.au/indigenous-health>

de este sistema se cuentan alrededor de 300 clínicas por toda Australia que, según la NACCHO, ofrecen un servicio de salud primaria holístico, comprensivo y culturalmente competente<sup>26</sup>.

De acuerdo con el informe 2010–2011 sobre servicios de atención a la salud de la Office of Aboriginal and Torres Strait Islander Health (OATSIH), en algunas de estas clínicas se ofrecía medicina tradicional y *bush medicine* («medicina del bosque») a los aborígenes. En concreto, entre las clínicas de salud biomédicas que recibían financiación de la OATSIH, el 20% ofrecía servicios con médicos tradicionales y el 12% ofrecía medicina del bosque. Sin embargo, este informe no especifica la naturaleza de estos servicios tradicionales, ni la frecuencia, la forma, el cuándo y el dónde se prestaban; tampoco si suponía emplear a gente de manera formal dentro del sistema de salud, o qué importancia tenían en relación con los servicios biomédicos<sup>27</sup>.

Esta falta de concreción sobre la integración de la medicina tradicional en el sistema nacional de salud en los informes oficiales de la OATSIH fue suplida por la monografía *Hand in Hand: Report on Aboriginal Traditional Medicine*, escrita por la antropóloga Francesca Panzeroni, fundadora y CEO de Anangu Ngangkari Tjutaku Aboriginal Corporation (ANTAC), una organización de *ngangkari* («médicos tradicionales») que ha logrado en los últimos años integrarse en la medicina oficial.

---

<sup>26</sup> *Ibidem*.

<sup>27</sup> Australian Institute of Health and Welfare (2012). *Aboriginal and Torres Strait Islander health services report, 2010–11: OATSIH Services Reporting—key results*. Cat. no. IHW 79. Canberra: AIHW.

### **3. MODELOS DE INTERCULTURALIDAD EN SALUD**

El anterior marco legal e institucional ha favorecido la aparición de numerosas experiencias que han puesto en práctica la teoría de la interculturalidad. Hemos agrupado estas experiencias en tres grandes tipos de modelo: 1) con sensibilidad intercultural, 2) paralelo y 3) integrado.

#### **3.1. Modelos con sensibilidad intercultural**

Estos modelos, quizás los más habituales en la interculturalidad en salud, no pretenden integrar los conocimientos médicos tradicionales en el sistema oficial de atención (o lo hacen en un grado muy restringido), sino adaptar el sistema a las necesidades socioculturales de los pacientes indígenas, empezando, por ejemplo, por la disponibilidad de intérpretes, cuando los pacientes no hablan la lengua dominante.

De esta sensibilidad intercultural son típicas las iniciativas en las que la traducción no es simplemente lingüística, sino cultural. Se desarrollan mecanismos para salvar la brecha de entendimiento que hay entre el médico occidental y el paciente indígena, una brecha agrandada por las relaciones de poder desiguales y el racismo estructural. Este puente se tiende generalmente por medio de programas de formación de los profesionales de la salud, tanto de los médicos occidentales como de los auxiliares de enfermería de origen indígena que trabajan en sus comunidades en atención primaria y están encargados de mediar con los niveles de mayor complejidad del sistema.

Como ejemplo de este modelo, sugerimos consultar la ficha del proyecto Sinergias en el departamento colombiano de Vaupés, en el capítulo referido a experiencias prácticas.

### **3.2. Modelos interculturales paralelos**

En los modelos paralelos, la medicina tradicional se brinda dentro del sistema oficial de salud pero no se establece un diálogo o articulación con la medicina occidental y, por lo tanto, del modelo no resulta un nuevo paradigma. Un caso habitual lo representan aquellos hospitales en los que hay dependencias para la medicina occidental y dependencias para la medicina tradicional, de forma que los pacientes pueden elegir el tipo de medicina que desean recibir, sin que los médicos de uno y otro lado cooperen en el tratamiento de los enfermos. En estos modelos, los médicos de un lado pueden derivar al paciente al otro lado si lo consideran oportuno, pero la derivación sucede, en la mayoría de los casos, desde el espacio tradicional al occidental y no a la inversa.

Un ejemplo de este modelo lo constituyen los hospitales integrales con medicina tradicional del estado de Puebla, en México, cuya descripción pueden consultar en el capítulo de experiencias prácticas.

### **3.3. Modelos interculturales integrados**

Los modelos interculturales integrados son los que, con pleno derecho, pueden considerarse interculturales en el sentido crítico que fijamos en la introducción de este informe: «Un intercambio entre personas, conocimientos, saberes y prácticas culturalmente diferentes para desarrollar un nuevo sentido entre ellas en su diferencia; un espacio de negociación y traducción, donde las desigualdades y las relaciones de poder de la sociedad son reconocidas y confrontadas».

Pese a que ésta es la única categoría que legítimamente puede ser considerada intercultural en su sentido más profundo, hemos encontrado muy pocas iniciativas que encajen en ella. Los casos de China e India lo hacen, pero en lo tocante a países coloniales donde las

poblaciones aborígenes continúan discriminadas, sólo nos atrevemos a incluir en ella la colaboración de la asociación de *ngangkari* ANTAC, formada por médicos aborígenes, con el North Adelaide Local Health Network, en el estado de Australia Meridional (ver ficha en el capítulo de experiencias prácticas).

## 4. EXPERIENCIAS PRÁCTICAS EN SALUD INTERCULTURAL

### BOLIVIA

<b>INICIATIVA</b>	<b>Hospital Boliviano Español Nila Heredia Patacamaya</b>
<b>MODELO</b>	Paralelo.
<b>LOCALIZACIÓN</b>	Bolivia – Departamento de La Paz.
<b>MARCO INSTITUCIONAL</b>	La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia reconoció la legitimidad de la medicina tradicional. Se creó el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad y la Ley de Medicina Tradicional.
<b>DESCRIPCIÓN</b>	En las instalaciones de este hospital conviven la atención biomédica con consultorios de medicina tradicional, con el objetivo de articular ambas medicinas. En 2006 se inauguró la primera sala con adecuación cultural para la atención del parto, y luego se crearon otras dos salas de parto.
<b>ANÁLISIS CRÍTICO</b>	Los médicos tradicionales y las parteras no cobran de la institución sino de los pacientes, por las dificultades burocráticas que supone contratar gente sin formación reglada.

<b>INICIATIVA</b>	<b>Residencia Médica Salud Comunitaria Intercultural (SAFCI)</b>
<b>MODELO</b>	Sensibilidad intercultural.
<b>LOCALIZACIÓN</b>	Bolivia.
<b>MARCO INSTITUCIONAL</b>	La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia reconoció explícitamente la validez de la medicina tradicional. Se creó el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad y la Ley de Medicina Tradicional.
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Programa de especialización médica para egresados de las facultades de medicina interesados en el trabajo

	<p>comunitario e intercultural. La Especialidad en Salud Familiar, Comunitaria, Intercultural, es una especialidad clínico-social con una duración de tres años académicos. Los residentes viajan a lugares donde no existen médicos «facultativos», realizando visitas a familias y comunidades. Dentro de sus responsabilidades está el identificar agentes tradicionales de las comunidades para aprender con ellos y fomentar encuentros para el intercambio de saberes. Esta especialidad inició en 2007 con 145 médicos, de los cuales aprobaron y terminaron 138 especialistas en 2010. El plan de estudios, basado en un enfoque pedagógico comunitario, consta de cinco módulos: prevención y atención de la enfermedad; familia comunitaria y prevención; investigación y epidemiología; comunidad, gestión y promoción de la salud; y descolonización e interculturalidad. Este último módulo cuenta con la participación de reconocidos sabios y sabias de las naciones indígenas originarias.</p>
<b>ANÁLISIS CRÍTICO</b>	

<b>INICIATIVA</b>	<b>Caja Petrolera de Salud – División Nacional de Medicina Tradicional</b>
<b>MODELO</b>	Paralelo.
<b>LOCALIZACIÓN</b>	Bolivia – Cinco hospitales.
<b>MARCO INSTITUCIONAL</b>	La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia reconoció explícitamente la validez de la medicina tradicional. Se creó el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad y la Ley de Medicina Tradicional.
<b>DESCRIPCIÓN</b>	La Caja Petrolera de Salud es un seguro de salud que ha venido trabajando en la incorporación de la medicina tradicional como servicio para sus afiliados desde el año 2009, con el trabajo en el policonsultorio (centros de atención de primer nivel). En cinco sedes los usuarios pueden optar por ser tratados por médicos tradicionales.

	<p>Los médicos occidentales pueden remitir pacientes a los médicos tradicionales, aunque el flujo de pacientes que van remitidos de medicina tradicional hacia los demás servicios es mayor. Entre 2009 y 2013, en las cinco sedes, se atendió a 1.699 personas. Las patologías más consultadas fueron la artritis, las digestivas como las dispepsias, las hepáticas, y las relacionadas con las vías respiratorias y urinarias. La Caja Petrolera cuenta con dos laboratorios artesanales de producción de medicamentos naturales.</p>
<b>ANÁLISIS CRÍTICO</b>	<p>Este servicio puede tender a sumergir a los médicos ancestrales en dinámicas totalmente biomédicas, ya que tienen que entregar reportes mensuales, así como entender y responder a las dinámicas administrativas de la institución.</p>

## BRASIL

<b>INICIATIVA</b>	<b>Ambulatorio de Salud Indígena – Hospital Universitario de Brasilia</b>
<b>MODELO</b>	Sensibilidad intercultural.
<b>LOCALIZACIÓN</b>	Brasil.
<b>MARCO INSTITUCIONAL</b>	<p>En Brasil, la sanidad pública universal se brinda a través del Sistema Único de Salud, dentro del cual existe el Subsistema de Atención a la Salud Indígena. La Política Nacional de la Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas reconoce la necesidad de integrar saberes biomédicos y tradicionales.</p>
<b>DESCRIPCIÓN</b>	<p>Se trata de una iniciativa de estudiantes y docentes de la Universidad de Brasilia. Crearon el Ambulatorio de Salud Indígena (ASI) en el Hospital Universitario de Brasilia para acoger a los pacientes indígenas remitidos desde sus aldeas. Los trabajadores del ASI reciben a los pacientes, que muchas veces no hablan portugués, y les acompañan a las consultas, los procedimientos y, en general, a lo largo de toda su estancia, con el fin de realizar una mediación cultural. Por otro lado, la iniciativa</p>

	también incluye una serie de actividades relacionadas con la investigación académica en salud intercultural.
<b>ANÁLISIS CRÍTICO</b>	Esta iniciativa encaja en el modelo de sensibilidad intercultural descrito en el apartado anterior, pero no incorpora los conocimientos médicos tradicionales al tratamiento.

## COLOMBIA

<b>INICIATIVA</b>	<b>Modelo Integral de Atención en Salud (Departamento de Guainía)</b>
<b>MODELO</b>	Integrado.
<b>LOCALIZACIÓN</b>	Colombia – Departamento de Guainía.
<b>MARCO INSTITUCIONAL</b>	En Colombia, gracias a las reivindicaciones de los pueblos indígenas, se proyectó el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural. Aunque fue acogido por el Estado, el SISPI nunca se ha hecho efectivo.
<b>DESCRIPCIÓN</b>	<p>Proyecto piloto que el Gobierno colombiano aspiraba a implementar en territorios con población indígena y dispersa, como es Guainía. Se trataba de diseñar e implementar un sistema integral de atención a la salud, desde los puestos en las comunidades al hospital del departamento. En cuanto a infraestructura, el sistema contaría con: 23 puestos de salud, atendidos por un auxiliar de enfermería y un gestor comunitario; 4 centros de salud, con médico, enfermeras, odontólogo, gestor comunitario y personal administrativo; 1 hospital.</p> <p>Teóricamente, iba a ser el resultado de un diálogo de saberes y concertación con las comunidades, y se incorporarían los médicos tradicionales y parteras al sistema de atención, quienes trabajarían codo con codo con los médicos occidentales, y habría unos gestores comunitarios que harían de intermediarios culturales entre los profesionales sanitarios y los pacientes.</p> <p>Además, se preveía la realización de un encuentro anual de sabedores.</p>

<b>ANÁLISIS CRÍTICO</b>	Los médicos tradicionales y las parteras nunca fueron incluidos en el sistema. Los gestores comunitarios realizaban tareas meramente burocráticas. Los médicos occidentales se aferraban al positivismo radical de la facultad y no permitían la colaboración de los tradicionales.
-------------------------	---

<b>INICIATIVA</b>	<b>Modelo Intercultural de Atención y Prestación de Servicios de Salud para la Población Indígena del Amazonas, 2010-2011</b>
<b>MODELO</b>	Integrado.
<b>LOCALIZACIÓN</b>	Colombia – Departamento de Amazonas.
<b>MARCO INSTITUCIONAL</b>	En Colombia, gracias a las reivindicaciones de los pueblos indígenas, se proyectó el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural. Aunque fue acogido por el Estado, el SISPI nunca se ha hecho efectivo.
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Un programa de la gobernación del departamento de Amazonas, que nació de una concertación previa de líderes comunitarios, profesionales de las ciencias sociales, Secretaría de Salud y entes prestadores de salud: hospital San Rafael de Leticia y la aseguradora Mallamás. Se realizaron brigadas de salud por las comunidades alejadas de los núcleos urbanos. Las integraban profesionales de la medicina alopática y sabedores tradicionales que atendían a los pacientes según eran requeridos, ofreciéndoles tratamientos y administrándoles medicamentos o plantas medicinales. Esta primera intervención se limitaba a la atención primaria, pero servía para identificar los problemas de salud y realizar una segunda brigada con médicos especialistas.
<b>ANÁLISIS CRÍTICO</b>	Sólo se llevó a cabo durante los años 2010 y 2011.

<b>INICIATIVA</b>	<b>Atención Primaria en Salud con comunidades indígenas del Vaupés – Sinergias</b>
<b>MODELO</b>	Sensibilidad intercultural.
<b>LOCALIZACIÓN</b>	Colombia – Departamento de Vaupés.
<b>MARCO INSTITUCIONAL</b>	En Colombia, gracias a las reivindicaciones de los pueblos indígenas, se proyectó el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural. Aunque fue acogido por el Estado, el SISPI nunca se ha hecho efectivo.
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Sinergias es un ONG especializada en diseñar e implementar sistemas de atención primaria en salud en contextos rurales e indígenas. Este proyecto repercute en unas 2.000 personas de 18 comunidades cercanas a Mitú (departamento de Vaupés), y dio lugar a la construcción de cinco puntos de salud, conectados con el sistema oficial de salud. No pretende incorporar la medicina tradicional al sistema biomédico, sino adaptar la biomedicina a los pueblos indígenas. Eso se realiza, en primer lugar, con un proceso de concertación y diagnóstico previo con sabedores y líderes indígenas. Además, el enfoque es holístico, y no sólo está centrado en la enfermedad puntual, sino que presta una gran importancia a las condiciones sociales, productivas, alimenticias o familiares. El equipo de trabajo está compuesto por profesionales de salud, antropología, nutrición, pedagogía, epidemiología, sociología, economía, etc. Los auxiliares de enfermería son profesionales indígenas de las comunidades en las que trabajan, hablan la lengua y comprenden los sistemas médicos tradicionales. De acuerdo con el director de este programa, uno de los problemas estructurales que perjudica la atención a los indígenas es la relación de poder vertical que existe entre médico y paciente.
<b>ANÁLISIS CRÍTICO</b>	Aunque alberga un enfoque intercultural, no incorpora la medicina tradicional al sistema de atención de salud. No obstante, el director de Sinergias argumenta que esta integración ha fracasado de manera sistemática.

<b>INICIATIVA</b>	<b>Casa de Sanación de UMIYAC</b>
<b>MODELO</b>	Sensibilidad intercultural.
<b>LOCALIZACIÓN</b>	Colombia – Departamento de Putumayo.
<b>MARCO INSTITUCIONAL</b>	En Colombia, gracias a las reivindicaciones de los pueblos indígenas, se proyectó el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural. Aunque fue acogido por el Estado, el SISPI nunca se ha hecho efectivo.
<b>DESCRIPCIÓN</b>	La Unión de Médicos Indígenas Yageceros de la Amazonía Colombiana (UMIYAC) está a punto de comenzar la construcción de una casa de sanación a unos 25 minutos de la ciudad de Mocoa. Habrá unas dependencias administrativas, alojamientos para pacientes y para médicos, baños, y unas malocas en las cuales se desarrollarán las prácticas curativas. Atenderá a gente de comunidades indígenas y rurales. En principio, no se atenderá a «blancos» o extranjeros. En una fase inicial se limitarán a la medicina tradicional, si bien en una segunda fase es posible que se estudie la incorporación de ciertos procedimientos de la biomedicina. Paralelamente, en otro terreno, también a las afueras de Mocoa pero en una carretera diferente, se va a poner en marcha un santuario de plantas medicinales, que servirá para abastecer la casa de sanación.
<b>ANÁLISIS CRÍTICO</b>	Se trata de una interculturalidad limitada a los distintos pueblos indígenas amazónicos.

## ECUADOR

<b>INICIATIVA</b>	<b>Sistema de Salud Integral de Loreto</b>
<b>MODELO</b>	Integrado.
<b>LOCALIZACIÓN</b>	Ecuador – Amazonía.
<b>MARCO INSTITUCIONAL</b>	La Constitución de Ecuador reconoce el carácter intercultural del Estado, asume la obligación de proteger y desarrollar la medicina tradicional, y señala la necesidad de complementar medicina occidental y tradicional en el Sistema Nacional de Salud.
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Estas brigadas de salud visitan dos veces al año cada una de las 42 comunidades en las que trabajan. En el trabajo para la construcción de este Sistema Integral de Salud ha sido definitiva la participación de las organizaciones indígenas. La integración de saberes y recursos médicos constituye la base del modelo de atención. Los especialistas y médicos rurales/comunitarios del sistema occidental se articulan con los <i>yachaks</i> , <i>pajuyus</i> , parteras comunitarias y la medicina casera del sistema de salud indígena a través de la comunidad (familias, promotores de salud y mujeres líderes) en un espacio que brinda diálogo de saberes y complementariedad, y cuya meta es la interculturalidad. Primero, el sistema lo implementaron la Federación de Organizaciones Indígenas del Alto Napo (FOIN) y la Federación de Organizaciones de la Nacionalidad Kichwa de Napo (FONAKIN), y hoy la OCKIL, en asociación con la Red Internacional de Organizaciones de Salud (RIOS). Por ejemplo, la creación de brigadas para que la atención se haga en las comunidades directamente es una decisión que parte de las organizaciones, a partir de la línea de base construida en 2008. El apoyo de RIOS ha sido fundamental en el desarrollo del sistema.
<b>ANÁLISIS CRÍTICO</b>	-----

<b>INICIATIVA</b>	<b>Clínica Jambi Huasi</b>
<b>MODELO</b>	Paralelo.
<b>LOCALIZACIÓN</b>	Ecuador – Otavalo.
<b>MARCO INSTITUCIONAL</b>	La Constitución de Ecuador reconoce el carácter intercultural del Estado, asume la obligación de proteger y desarrollar la medicina tradicional, y señala la necesidad de complementar medicina occidental y tradicional en el Sistema Nacional de Salud.
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Esta clínica funciona desde 1990 y proporciona un amplio abanico de servicios de salud occidentales a una población de 40.000 personas, a cambio de una tarifa por cada servicio. La clínica Jambi Huasi opera bajo la autoridad de la Federación de Indígenas y Campesinos de Imbabura (FICI), una organización indígena apoyada por 160 comunidades en la región. Jambi Huasi ocupa un edificio antiguo en el centro de la ciudad de Otavalo. La clínica ofrece servicios de salud indígenas, occidentales y alternativos. Entre los servicios indígenas hay un <i>yachak</i> (sanador espiritual, disponible una vez a la semana), una fregadora (herborista/masajista) a tiempo completo y una partera a tiempo completo.
<b>ANÁLISIS CRÍTICO</b>	-----

<b>INICIATIVA</b>	<b>Hospital Andino de Riobamba</b>
<b>MODELO</b>	Paralelo.
<b>LOCALIZACIÓN</b>	Ecuador – Riobamba.
<b>MARCO INSTITUCIONAL</b>	La Constitución de Ecuador reconoce el carácter intercultural del Estado, asume la obligación de proteger y desarrollar la medicina tradicional, y señala la necesidad de complementar medicina occidental y tradicional en el Sistema Nacional de Salud.
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Se trata de una institución privada donde las medicinas occidental y andina se practican de manera paralela. El

	<p>hospital es una más de las diferentes iniciativas pioneras que tratan de integrar distintos tipos de atención a la salud en Ecuador. A los pacientes se les realizan «limpias», que es un procedimiento típico de la medicina andina. Las limpieas están basadas en la creencia de que la Madre Naturaleza es sagrada y clave en la curación de enfermedades. Durante el ritual, los <i>yachaks</i> leen primero el cuerpo del paciente. Los pacientes restriegan una vela por su cuerpo, y luego se la pasan al <i>yachak</i>, que la prende e interpreta el humo. En otros casos, el <i>yachak</i> romperá un huevo o matará un cuy para valorar la enfermedad. Después del diagnóstico inicial, el <i>yachak</i> restregará plantas en el cuerpo del paciente, a veces con ortiga, conocida en Los Andes por sus propiedades terapéuticas. Luego, rocían una tintura vegetal sobre el paciente y finalmente le soplan humo de tabaco.</p>
<b>ANÁLISIS CRÍTICO</b>	-----

## MÉXICO

<b>INICIATIVA</b>	<b>Hospitales Integrales con Medicina Tradicional</b>
<b>MODELO</b>	Paralelo.
<b>LOCALIZACIÓN</b>	México – Puebla.
<b>MARCO INSTITUCIONAL</b>	México cuenta con la Dirección de Medicina Tradicional, inserta en la Secretaría de Salud del país. El Plan Sectorial de Salud 2019–2024 obliga a «promover la atención integral de la población indígena, considerando las contribuciones de la medicina tradicional».
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Este programa está diseñado para atender a la población indígena y afroamericana de Puebla, que supera el millón de personas. En cada uno de los hospitales donde se implementa, además de la sección destinada a la medicina convencional, se habilitan unos

	<p>módulos para las prácticas tradicionales. Curanderos, hueseros, parteras, temazcal o baños de vapor son algunos de los servicios que se prestan. La medicina tradicional ocupa un papel central en este tipo de atención. Cada módulo cuenta con una farmacia de remedios vegetales y un laboratorio para prepararlos. El proyecto comenzó en el año 2002 con cinco módulos. Actualmente, ya hay quince módulos de medicina tradicional anexos a los hospitales convencionales. En esos quince módulos colaboran voluntariamente 223 terapeutas tradicionales (65 hueseros/as, 90 curanderos/as y 68 parteras/os), quienes otorgan atenciones de manera gratuita. Estos terapeutas son reconocidos por su comunidad y avalados por sus autoridades locales.</p>
<b>ANÁLISIS CRÍTICO</b>	-----

<b>INICIATIVA</b>	<b>Clínica y Licenciatura de Salud Intercultural</b>
<b>MODELO</b>	Integrado.
<b>LOCALIZACIÓN</b>	México – Estado de México.
<b>MARCO INSTITUCIONAL</b>	México cuenta con la Dirección de Medicina Tradicional, inserta en la Secretaría de Salud del país. El Plan Sectorial de Salud 2019-2024 obliga a «promover la atención integral de la población indígena, considerando las contribuciones de la medicina tradicional».
<b>DESCRIPCIÓN</b>	La Clínica de Salud Intercultural está integrada en la Universidad Intercultural del Estado de México, donde se imparte la Licenciatura en Salud Intercultural y Enfermería. La Clínica surgió con la idea de integrar las medicinas tradicionales y complementarias con la medicina convencional, así como contar con un espacio en donde los estudiantes de la Licenciatura realizaran sus prácticas clínicas como parte de su formación y reforzamiento de sus habilidades profesionales. El servicio va dirigido al público en general y, además de

	<p>medicina convencional (con laboratorio clínico, rayos X, etc.), entre los servicios que prestan se encuentran baños de temazcal, medicina mesoamericana, limpia tradicional o fitoterapia. La clínica cuenta con una fitofarmacia, que cuenta con un espacio para la elaboración de remedios vegetales. Existe una colaboración estrecha con comunidades aledañas, un alto porcentaje de cuya población pertenece al pueblo originario mazahua.</p> <p>La clínica se nutre de los egresados de la Licenciatura en Salud Intercultural. Este programa está diseñado para atender a la población indígena y afroamericana de Puebla, que supera el millón de personas. En cada uno de los hospitales donde se implementa, además de la sección destinada a la medicina convencional, se habilitan unos módulos para las prácticas tradicionales. Curanderos, hueseros, parteras, temazcal o baños de vapor son algunos de los servicios que se prestan. La medicina vegetal ocupa un papel central en este tipo de atención. Cada módulo cuenta con una farmacia de remedios vegetales y un laboratorio para prepararlos. El proyecto comenzó en el año 2002 con cinco módulos. Actualmente, ya hay quince módulos de medicina tradicional anexos a los hospitales convencionales.</p>
<b>ANÁLISIS CRÍTICO</b>	-----

## PERÚ

<b>INICIATIVA</b>	<b>Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica</b>
<b>MODELO</b>	Sensibilidad intercultural; integrado.
<b>LOCALIZACIÓN</b>	Perú – Amazonía.
<b>MARCO INSTITUCIONAL</b>	El Ministerio de Salud publicó el documento <i>Diálogo Intercultural en Salud</i> , una metodología para articular el

	<p>sistema de salud occidental y la medicina tradicional. La norma que establece de manera directa la Política Sectorial de Salud Intercultural es el Decreto Supremo 016-2016.</p>
<p><b>DESCRIPCIÓN</b></p>	<p>Iniciado por la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP), este programa forma profesionales de la salud indígenas con habilidades interculturales, como respuesta a la poca pertinencia del personal de salud mestizo que suele ir a trabajar a las comunidades indígenas. Se creó la carrera de Enfermería Técnica en Salud Intercultural Amazónica, que buscaba insertar a sus egresados en el sistema de salud estatal y, una vez dentro, aspiraba a que estos profesionales pudiesen promover el desarrollo de un subsistema de salud intercultural. La plana docente estuvo conformada por especialistas de ambos sistemas médicos, quienes trabajaron en permanente coordinación. Los egresados trabajaban en los puestos de salud de las comunidades de la selva peruana y, cuando era necesario, ejercían como intermediarios con los médicos y enfermeros blancos/mestizos. En términos prácticos esta iniciativa suponía: uso de la lengua nativa (diálogo cercano y horizontal con ésta); coordinación con las autoridades comunales y especialistas indígenas; integración de las concepciones y prácticas culturales de la comunidad; uso de plantas medicinales en sus tratamientos; intermediación con el personal médico sin formación intercultural.</p>
<p><b>ANÁLISIS CRÍTICO</b></p>	<p>En las evaluaciones que se han hecho sobre la implementación de estos técnicos, las comunidades están bastante contentas con este servicio. También lo han valorado positivamente los funcionarios mestizos de los sistemas de salud, sobre todo por la importancia de poder comunicar a través del lenguaje nativo, y entender las prácticas medicinales nativas.</p>

<b>INICIATIVA</b>	<b>ASOMASHK</b>
<b>MODELO</b>	Sensibilidad intercultural; integrado.
<b>LOCALIZACIÓN</b>	Perú – Amazonía
<b>MARCO INSTITUCIONAL</b>	El Ministerio de Salud publicó el documento <i>Diálogo Intercultural en Salud</i> , una metodología para articular el sistema de salud occidental y la medicina tradicional. La norma que establece de manera directa la Política Sectorial de Salud Intercultural es el Decreto Supremo 016-2016.
<b>DESCRIPCIÓN</b>	ASOMASHK es una asociación de médicos tradicionales shipibo-konibo. En los últimos años han realizado una serie de brigadas de salud. Las brigadas estaban compuestas por siete <i>onanyabo</i> , dos técnicos en enfermería de etnia shipiba, y un motorista. La brigada llega a las comunidades, coordina con las autoridades, y va recibiendo a los enfermos. Los auxiliares de enfermería recaban datos básicos sobre cada persona enferma y la derivan a los <i>onanyabo</i> . A algunos les ofrecen medicinas occidentales y a otros remedios vegetales. Por las noches, realizan ceremonias de ayahuasca. El programa recaba información sobre el estado de salud entre los shipibos. Esta información servirá para completar un informe, que se elevará al Estado peruano con el fin de solicitar la construcción de un hospital intercultural en el que los conocimientos occidentales y los conocimientos tradicionales puedan trabajar juntos en favor de la salud del pueblo shipibo.
<b>ANÁLISIS CRÍTICO</b>	-----

## SURINAM

<b>INICIATIVA</b>	<b>Centros de Salud de Kwamalasamutu</b>
<b>MODELO</b>	Paralelo.
<b>LOCALIZACIÓN</b>	Surinam – Amazonía.
<b>MARCO INSTITUCIONAL</b>	-----
<b>DESCRIPCIÓN</b>	<p>Se estableció colaboración entre una clínica occidental y una clínica tradicional. La primera brindaba atención médica occidental, y la otra brindaba medicina indígena tradicional, y era operada por los chamanes mayores de la aldea. Las visitas de los pacientes a las clínicas de medicina tradicional eran optativas. Chamanes, médicos y profesionales de salud de la misión médica y de ACT dirigían talleres para crear conciencia entre los médicos de atención primaria sobre las prácticas de salud tradicionales, las plantas medicinales importantes y los conceptos indígenas de salud y enfermedad. Los talleres también capacitaban a los curanderos tradicionales en temas básicos de atención primaria y prácticas de salud preventiva. Se realizaban derivaciones de forma rutinaria de una a otra clínica. Con el objetivo de evitar la desaparición de los conocimientos tradicionales, existía un programa de chamanes y aprendices que animaba a los jóvenes a preservar el conocimiento de las medicinas de la selva amazónica. Los aprendices también estaban capacitados para completar formularios de registro que documentan las condiciones y los tratamientos utilizados para cada paciente en las clínicas médicas tradicionales. Además, se obtenían ejemplares de las plantas medicinales utilizadas en las clínicas para su determinación taxonómica.</p>
<b>ANÁLISIS CRÍTICO</b>	-----

## AUSTRALIA

<b>INICIATIVA</b>	<b>Aboriginal and Torres Strait Islander Health Worker (A&amp;TSIHW)</b>
<b>MODELO</b>	Sensibilidad intercultural.
<b>LOCALIZACIÓN</b>	Australia.
<b>MARCO INSTITUCIONAL</b>	La atención a la salud de los pueblos indígenas en Australia está coordinada por la National Aboriginal Community Controlled Health Organisation (NACCHO), que representa a las 144 Aboriginal Community Controlled Health Organisations (ACCHOs) que hay en Australia.
<b>DESCRIPCIÓN</b>	El reconocimiento de la diversidad cultural en la atención de salud intercultural que realiza el Estado australiano se materializa en la figura del Aboriginal and Torres Strait Islander Health Worker (A&TSIHW). Estos trabajadores indígenas suelen desarrollar su labor en clínicas de atención primaria, y forman parte de equipos profesionales de salud integrada. Esto es así porque la participación de profesionales indígenas en el sistema de salud mejora notablemente la calidad del servicio de salud y sus resultados. Nominalmente, las funciones de A&TSIHW son: promoción de la salud, servicio clínico e intermediación cultural. Pero, más allá de esta función nominal, estos trabajadores son únicos en su habilidad de poseer y aplicar tanto conocimientos biomédicos como tradicionales de manera apropiada para satisfacer a los pacientes indígenas. Gracias a ellos, las prácticas biomédicas pueden adaptarse a las distintas concepciones que los aborígenes tienen sobre la salud.
<b>ANÁLISIS CRÍTICO</b>	El Estado australiano no ha introducido de manera sistemática la medicina tradicional en el sistema nacional de salud. La intermediación cultural, aunque necesaria, sigue constituyendo una medida insuficiente para garantizar la interculturalidad.

<b>INICIATIVA</b>	<b>Ngangkari en el Northern Adelaide Local Health Network</b>
<b>MODELO</b>	Integrado.
<b>LOCALIZACIÓN</b>	Australia – Adelaide.
<b>MARCO INSTITUCIONAL</b>	La atención a la salud de los pueblos indígenas en Australia está coordinada por la National Aboriginal Community Controlled Health Organisation (NACCHO), que representa a las 144 Aboriginal Community Controlled Health Organisations (ACCHOs) que hay en Australia.
<b>DESCRIPCIÓN</b>	En 2019, la Anangu Ngangkari Tjutaku Aboriginal Corporation (ANTAC), una organización de <i>ngangkari</i> dirigida por la antropóloga Francesca Panzeroni, alcanzó un hito en el reconocimiento institucional de los servicios que venían prestando estos médicos tradicionales, al llegar a un acuerdo con el Northern Adelaide Local Health Network (NALHN) para desarrollar el primer procedimiento formalizado y respaldado clínicamente para legitimar a los <i>ngangkari</i> que trabajan en diversos hospitales y centros de salud. Gracias a este acuerdo, los <i>ngangkari</i> prestan sus servicios en las áreas de cuidados intensivos, rehabilitación y cuidados paliativos en los hospitales pertenecientes a la red del NALHN, incluidos hospitales de salud mental. Mediante este acuerdo, los profesionales sanitarios de estos centros pueden derivar a los pacientes para una cita con un <i>ngangkari</i> para apoyar su recuperación.
<b>ANÁLISIS CRÍTICO</b>	Éste es uno de los logros más importantes realizados en materia de integración de medicina tradicional en los sistemas de salud oficiales, en cualquier lugar o época del mundo.

## 5. CRÍTICAS, OBSTÁCULOS, COMPLEJIDADES

Los investigadores que, desde las ciencias sociales, han analizado la implementación práctica de políticas de salud intercultural coinciden en señalar, por un lado, la efectividad que pueden acarrear estas experiencias cuando se implementan de manera adecuada, pero, al mismo tiempo, las dificultades que tienen que superar para que se hagan realidad.

Estas dificultades emanan de las profundas diferencias que separan a la sociedad occidental de las sociedades tradicionales en niveles económicos, organizativos, políticos, etcétera. Algunos de los problemas más recurrentes para lograr la interculturalidad en salud son:

- **Positivismo biomédico.** Los profesionales sanitarios occidentales, de formación reglada fuertemente positivista, aceptan con dificultad equiparar sus prácticas a las de los médicos tradicionales, sin formación reglada y con un acercamiento espiritual a la salud humana. Por ejemplo, en la municipalidad de Wenchi, en Ghana, se hizo una investigación para medir el éxito de la integración de ambos sistemas, la cual se había puesto en práctica desde 2011<sup>28</sup>. Los autores subrayaron la desconfianza de los médicos ortodoxos hacia médicos y tratamientos tradicionales, lo cual dificultaba dicha integración. Para los médicos ortodoxos, los tratamientos tradicionales no estaban «basados en la evidencia», y recalcaban que había muy pocos médicos tradicionales que hubieran seguido un programa de formación reglado, lo que en su opinión menoscababa su legitimidad.
- **Dosificación.** Estrechamente relacionado con el punto anterior, y también argumentado por los médicos occidentales de la municipalidad de Wenchi, los preparados medicinales a base de plantas eran vistos con reservas debido a la falta de estandarización,

---

<sup>28</sup> Ahenkan, A., Opoku-Mensah Abrampa, F., Kwesi-Boon, E. (2019). Integrating traditional and orthodox medical practices in healthcare delivery in developing countries: Lessons from Ghana. *International Journal of Herbal Medicine*, 7(6), 23-30.

la escasez de conocimiento exhaustivo de los principios activos, sus contraindicaciones y su dosificación precisa.

- **Institucionalización.** La investigadora Diana Marcela Agudelo<sup>29</sup> realiza la siguiente reflexión crítica sobre las implicaciones de la institucionalización en países como Bolivia y Ecuador: «La institucionalización implica procesos de registro, de certificación e incluso de sanción como aparece en el ánimo regulador de la documentación legal analizada. Esto inevitablemente conduce a una tensión relacionada con la competencia del Ministerio como ente regulador en ambos países, ya que su estructura es y ha sido siempre de naturaleza biomédica, con una marcada tendencia hacia la medicina basada en la evidencia, por lo cual escapa a su competencia tanto el tema de lo tradicional como de lo alternativo, y sin embargo es sobre este organismo que recae la responsabilidad como autoridad sanitaria aún en un marco de interculturalidad. La pregunta que se abre aquí es: ¿cómo pensar la competencia para regular y ejercer control sobre las medicinas tradicionales y alternativas desde lo institucional sin transformar estructuralmente la institución? ¿Es necesario? ¿Es posible?».»
- **Registros.** No existen registros oficiales de médicos tradicionales que garanticen su legitimidad, por lo cual resulta difícil, en un contexto occidental, diferenciar al médico del charlatán. Así lo considera, por ejemplo, Myriam Conejo, directora nacional de Salud Intercultural de Ecuador, en entrevista concedida a Diana Marcela Agudelo<sup>30</sup>: «Ahora sí hay un gran problema con los charlatanes, que yo soy *yachak*, que soy partera, que yo soy sobador, y cómo sabes tú que sí son, porque también se ha convertido como en un medio de trabajo. Si tienes las habilidades y el conocimiento está bien, pero ¿y si no? Son seres

---

<sup>29</sup> Agudelo-Ortiz, D. M. (2014). *Salud intercultural. Encrucijadas del vivir bien y el sumak kawsay en Bolivia y Ecuador*. Tesis de maestría, Universidad Andina Simón Bolívar. Disponible en:

<https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/4268/1/T1529-MEC-Agudelo-Salud.pdf>

<sup>30</sup> *Ibidem*.

humanos con los que estás trabajando, con sus vidas estás trabajando, y no podemos ponerles en riesgo, por más que sea representante de una comunidad [...] y esa es la debilidad de la medicina ancestral».

- **Neocolonización.** Existe una corriente de análisis que interpreta que los procesos de estandarización, formación reglada y certificación pueden ser considerados una forma de apropiación occidental de los saberes ancestrales. Así lo considera la historiadora boliviana Carmen Beatriz Loza, en entrevista concedida a Diana Marcela Agudelo<sup>31</sup>: «En Bolivia [la interculturalidad] es un proyecto impuesto [...] que en el ámbito de la salud lo imponen la antropología, la antropología europea. Básicamente dos cooperaciones, la cooperación española y la italiana, a través de sus agentes antropólogos, que vehiculan un discurso desde fines de los 70 para debilitar los movimientos autónomos, nacionales».
- **Burocracia.** El pago de los médicos tradicionales ha encontrado la misma dificultad en países tan diversos como Australia o Bolivia. La contratación en sistemas de salud oficiales, altamente burocratizados, requiere certificados académicos, cuentas corrientes, etcétera, que los médicos tradicionales no suelen aportar. Alexia Escobar, coordinadora de una ONG que trabaja en Bolivia temas de salud intercultural, cuenta la siguiente anécdota a Diana Marcela Agudelo: «En una zona que es como el corazón de los médicos tradicionales kallawayas donde se ha contratado, se está pagando a un médico tradicional para que atienda dentro del establecimiento de salud en un consultorio, con un ítem de mensajero o una figura así súper rara que además es la que recibe la más baja remuneración de toda la plantilla de ese hospital»<sup>32</sup>.
- **Concertación.** Las grandes políticas estatales de interculturalidad en salud descansan sobre una enorme estructura legal e institucional, pero en muchas ocasiones no son fruto de una concertación con las

---

<sup>31</sup> *Ibidem.*

<sup>32</sup> *Ibidem.*

comunidades. Esta falta de concertación está ejemplificada en el plan piloto del Departamento de Guainía para la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). De acuerdo con la investigadora Saily Eliana Arias Murcia<sup>33</sup>, este modelo incluía la construcción de una supuesta «maloca» adyacente a los puestos de salud, donde los médicos tradicionales habrían de realizar sus trabajos de curación. Esta supuesta «maloca» no fue convenida con las autoridades y nunca se usó para el fin propuesto.

- **Brujería.** En numerosas sociedades indígenas, los médicos tradicionales pueden ser considerados, desde el punto de vista de cierto clan, pueblo o familia, brujos causantes de enfermedad. A diferencia de la figura del médico occidental, imparcial y objetiva, podría ser problemático que un determinado médico tradicional atendiera a todos sus paisanos. Como explica el investigador en salud intercultural Eduardo Luiz Menéndez<sup>34</sup>: «En los grupos étnicos funcionan simultáneamente relaciones de solidaridad y cooperación junto con relaciones de conflicto y violencia. Por lo cual, existen en ellos numerosos rituales y organizaciones de cooperación junto con relaciones caracterizadas por envidia, venganzas de sangre y brujería. De tal manera que [los promotores de proyectos de salud intercultural] tendieron a subrayar el papel de las relaciones de cooperación, excluyendo las relaciones de conflicto y de división, inclusive entre los curadores tradicionales que intentaron organizar asociaciones que, sin embargo, se disolvieron».
- **Carencias en la medicina convencional.** De acuerdo con la antropóloga Susana Ramírez Hita, que hizo trabajo de campo en Bolivia, «el principal problema que tienen las poblaciones indígenas no es la falta de adecuación de la medicina convencional a sus culturas sino el hecho de que faltan hospitales, profesionales sanitarios y medicamentos. La prioridad para mejorar los índices de

---

<sup>33</sup> Comunicación personal, entrevista mantenida el 26 de mayo de 2023.

<sup>34</sup> Menéndez, E. L. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1), 109-118.

salud pública sería fortalecer las infraestructuras, el contratar más y mejor personal médico y de enfermería y disponer de medicamentos». Según Ramírez Hita, «cuando alguien quiere recurrir a la medicina tradicional porque considera que la enfermedad que tiene debe ser atendida en ese contexto, en vez de ir al hospital va a la casa del médico o médica, pues saben dónde están y atienden».

En conclusión, los investigadores consultados, de manera unánime, consideran que no hay una interculturalidad crítica, que los saberes tradicionales continúan marginados y que a los profesionales de la biomedicina que trabajan en entornos indígenas les falta formación intercultural.

## 6. CONSIDERACIONES FINALES

Durante siglos, las prácticas médicas de las sociedades tradicionales fueron consideradas superstición y brujería, pero en las últimas décadas investigaciones de las ciencias sociales, naturales, farmacéuticas y de la salud han señalado su riqueza y efectividad. Así, la interculturalidad en salud ha recibido un fuerte apoyo político e institucional, particularmente en aquellos países en los que existen sociedades indígenas o tradicionales. Declaraciones de Naciones Unidas, convenios internacionales y constituciones nacionales, leyes generales y decretos supremos... Sin embargo, este creciente reconocimiento institucional y científico no ha sido suficiente para llevar a la práctica, de manera sistemática y duradera, las teorías de salud intercultural.

Interculturalidad, en su sentido más crítico, nos remite a un «proceso de relación, comunicación y aprendizaje entre culturas a partir de condiciones de respeto, legitimidad mutua, simetría e igualdad. Un intercambio entre personas, conocimientos, saberes y prácticas culturalmente diferentes para desarrollar un nuevo sentido entre ellos en su diferencia; un espacio de negociación y traducción, donde las desigualdades y las relaciones de poder de la sociedad sean reconocidas y confrontadas»<sup>35</sup>. ¿Ha sucedido algo así en el terreno de la salud? Lo que podemos afirmar, al menos, es que se ha intentado.

Se ha intentado desde que la Declaración de Alma-Ata, en 1978, fijara el objetivo de mejorar la atención primaria en salud en el mundo y señalara la importancia que la medicina tradicional habría de tener en este ámbito, una recomendación que la Organización Mundial de la Salud recogió y aumentó sistemáticamente hasta nuestros días, poniendo como ejemplo exitoso a India y China, donde la medicina tradicional está reglada e integrada en los sistemas oficiales de salud y

---

<sup>35</sup> Walsh, citada en: Pedrana, L., Trad, L. A. B., Pereira, M. L. G., Torrenté, M. O. N., Mota, S. E. C. (2018). Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e178.

se enseña en las universidades. Pero India y China representan casos muy diferentes a los de aquellos países en los que la colonización relegó a las poblaciones indígenas a la marginación.

Éste es el caso de los países latinoamericanos, donde hay quien se atreve a sugerir que la interculturalidad debería ser una preocupación secundaria: que lo primero que necesitan esas poblaciones secularmente marginadas es construir hospitales y centros de salud, bien equipados, atendidos por profesionales competentes, con disponibilidad de medicamentos. Quien quiere un médico tradicional, dicen, lo busca y lo encuentra en su comunidad. Un razonamiento que desconoce experiencias como la de Australia, donde no faltan hospitales y centros de salud bien equipados, medicamentos y profesionales bien formados. Allí, la participación de trabajadores de la salud indígenas y de médicos tradicionales ha mejorado los resultados de la atención en salud a los pueblos aborígenes. La interculturalidad en salud funciona.

Pero, ¿cuál es la mejor manera de ponerla en práctica? Creemos que para emprender el camino hacia ese objetivo hay que tener en cuenta las siguientes recomendaciones.

Si se trata de poner en práctica un modelo de sensibilidad intercultural:

- **Formación.** Los profesionales de salud occidentales deben conocer los sistemas de salud tradicionales, su eficacia y su vigencia, así como las circunstancias históricas que han relegado a estos pueblos a situaciones de discriminación.
- **Intermediación.** Los sistemas oficiales de salud, cuando traten a la población indígena, deben pensar una manera eficaz de intermediar entre profesionales de la salud occidentales y pacientes. Idealmente, los pacientes indígenas deberían ser tratados por profesionales indígenas, con quienes compartan lengua y cultura.
- **Holismo.** El diseño de cualquier iniciativa de salud, especialmente de atención primaria en salud en las comunidades, debe partir de un conocimiento profundo del contexto social, productivo, ritual, familiar

y comunitario, de acuerdo con la definición que Alma-Ata hace de salud: «completo estado de bienestar físico, mental y social», y no meramente «ausencia de enfermedad».

Cuando se trata de modelos paralelos e integrados, hacemos nuestras las recomendaciones que realizan Francesca Panzeroni y la organización de médicos aborígenes australianos ANTAC:

- **Organización.** Constitución de una organización como cuerpo central para la coordinación, administración y prestación de servicios de médicos tradicionales.
- **Acreditación.** Un proceso de acreditación de médicos tradicionales con estándares de calificación, acreditación y registro, para su reconocimiento como profesionales de la salud legítimos.
- **Registro.** Un registro público de médicos tradicionales acreditados.
- **Burocracia.** Una fórmula de contratación de médicos tradicionales basada en un modelo estatal, así como una contraprestación económica equiparable a la de los médicos occidentales.
- **Base de datos.** Una base de datos sistemática sobre las intervenciones realizadas por los médicos tradicionales.
- **Formación.** Creación de módulos de formación y desarrollo para los profesionales de la salud sobre el rol de los médicos tradicionales en la atención a la salud.

Somos conscientes de que muchas de estas medidas suponen, de hecho, una adaptación de las dinámicas de las sociedades indígenas, pero también creemos que es la única manera de que puedan ser asumidas por el sistema dominante y, de esa manera, contribuir a la salud de las personas más desfavorecidas.

Para más información  
[www.iceers.org](http://www.iceers.org)