



Salud intercultural

De la teoría a la práctica

Resumen ejecutivo
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

Introducción

La salud intercultural constituye la integración de los sistemas médicos occidental y tradicional en un nuevo sistema que garantice mayores niveles de salud. Este modelo juega un papel fundamental en el diseño de estrategias de atención a la salud en los países con sociedades indígenas. En este documento ofrecemos de manera sucinta algunos conceptos básicos sobre salud intercultural que nos ayudarán a entender el fenómeno en sus dimensiones históricas, políticas, teóricas y prácticas.

Antecedentes

Hasta hace unas décadas, la medicina tradicional cargaba el estigma de la superstición y la ineficacia. Sin embargo, desde los años setenta, una serie de declaraciones, acuerdos y convenios institucionales de ámbito global respaldaron su importancia:

- **Declaración de Alma-Ata (1978).** Se subrayó el papel clave que la medicina tradicional debía jugar en la atención primaria en salud y se definió salud como «completo estado de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad», definición con resonancias holísticas propia de las sociedades tradicionales.¹
- **Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre pueblos indígenas y tribales (1989).** Constituyó un apoyo fundamental para las reivindicaciones de los pueblos indígenas. Señaló la necesidad de valorar la medicina tradicional y adaptar los sistemas de salud oficiales a sus condiciones sociales, económicas y culturales.²
- **Declaración de la ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007).** Reivindicó el derecho de los pueblos indígenas «a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales».³

Inspirada por estos documentos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha defendido la eficacia de la medicina tradicional y la necesidad de integrarla en los sistemas oficiales de salud. Para ello, desarrolló la *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*.⁴

Marco institucional

LATINOAMÉRICA. En esta región se cuentan 700 pueblos indígenas, a los que pertenecen 50 millones de personas. Sus indicadores de salud suelen resultar peores que los del resto de la población. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su *Política sobre etnicidad y salud*, del año 2017, reconocía esta precariedad y recomendaba establecer un diálogo de saberes que permitiera desarrollar una atención a la salud culturalmente apropiada. Esta sensibilidad se ha institucionalizado de manera diferente en cada país.⁵

- **Bolivia.** La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia establece la obligación del Estado de promover la medicina tradicional, para lo que se creó un Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad.⁶
- **Brasil.** Dentro del Sistema Único de Salud se creó el Subsistema de Atención a la Salud Indígena, y la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas, para articular los sistemas tradicionales de salud indígena con el sistema biomédico.^{7,8,9}
- **Colombia.** En el año 2010, la Asamblea Nacional de Salud de los Pueblos propuso el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural.¹⁰
- **Ecuador.** La carta constitucional de Ecuador defiende la necesidad proteger prácticas de medicina tradicional y reconoce que la interculturalidad es fundamento del Sistema Nacional de Salud.¹¹
- **México.** Dentro de la Secretaría de Salud existe la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. La Ley General de Salud reconoce la importancia de la medicina tradicional para atender a la población indígena.¹²
- **Perú.** La Ley General de Salud promueve la medicina tradicional, que debe ser prioritaria para el Estado.¹³

ÁFRICA. Aproximadamente el 80% de la población africana depende de la medicina tradicional para recibir atención primaria.¹⁴ En las últimas décadas,

numerosos países africanos han tratado de incorporar la medicina tradicional en sus sistemas de salud.

- **Ghana.** Ejemplo paradigmático de las políticas de salud intercultural en África. El proceso de incorporación y legitimación de la «medicina vegetal» en el sistema oficial de atención a la salud ha estado marcado por diversas intervenciones desde 2001, a través de la apertura de programas académicos, así como la creación de políticas de medicina tradicional y órganos gubernamentales para su promoción y control.¹⁵

AUSTRALIA. 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 de este sistema se cuentan alrededor de 300 clínicas por toda Australia, las cuales, según la NACCHO, ofrecen un servicio de salud primaria holístico, comprensivo y culturalmente competente.¹⁶

Modelos de interculturalidad en salud

A partir de los procesos políticos y normativos expuestos, han aparecido numerosas experiencias prácticas de salud intercultural, que se pueden dividir en tres grandes categorías:

- **Modelo con sensibilidad intercultural.** No integran la medicina tradicional en el sistema oficial de atención a la salud, sino que adaptan éste a las necesidades socioculturales de los pacientes indígenas. Es típico de este modelo la existencia de traductores, tanto lingüísticos como culturales, generalmente mediante la formación de auxiliares de enfermería locales.
- **Modelo intercultural paralelo.** La medicina tradicional se brinda dentro del sistema oficial de salud, pero no hay una articulación con la medicina occidental que resulte en un nuevo paradigma, como aquellos hospitales en los que existen dependencias para ambas modalidades, de forma que los pacientes pueden elegir el tipo de medicina que desean recibir.
- **Modelo intercultural integrado.** En sentido crítico, es el único modelo realmente intercultural, puesto que resulta de la articulación de los saberes modernos y tradicionales, de manera que médicos tradicionales y

occidentales cooperan de manera orgánica en el tratamiento de los pacientes.¹⁷

Críticas, obstáculos y complejidades

La implementación exitosa de proyectos de salud intercultural tiene que superar una serie de dificultades que han sido señaladas por investigadores e investigadoras sociales:

- **Positivismo biomédico.** Los profesionales occidentales, de formación reglada fuertemente positivista, aceptan con dificultad equiparar sus prácticas a las de los médicos tradicionales.¹⁸
- **Dosificación.** Los preparados medicinales a base de plantas son vistos con reservas debido a la falta de estandarización, así como a la escasez de conocimiento exhaustivo de los principios activos, sus contraindicaciones y su dosificación precisa.
- **Institucionalización.** La integración de la medicina tradicional en el sistema biomédico oficial implica procesos de registro, certificación y sanción. ¿Pueden los entes reguladores, de marcada tendencia biomédica, encargarse de controlar las medicinas tradicionales? Y, de ser así, ¿dejarían estas medicinas de ser tradicionales?¹⁹
- **Registros.** No existen registros oficiales de médicos tradicionales que garanticen su legitimidad, por lo que resulta difícil, en un contexto occidental, diferenciar al médico del charlatán.^{18,19}
- **Burocracia.** La contratación en sistemas de salud oficiales, altamente burocratizados, requiere certificados académicos, cuentas corrientes, etcétera, que los médicos tradicionales no suelen aportar.^{18,19}
- **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 comunidades.²⁰
- **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. Podría ser problemático que un determinado médico tradicional atendiera a algunos de sus paisano.²¹

Consideraciones finales

La interculturalidad en salud funciona si se diseña de manera correcta, pero son numerosas las experiencias que han fracasado. A continuación, ofrecemos algunas claves que convendría tener en cuenta a la hora de desarrollar programas de salud intercultural.

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 población indígena, deben pensar una manera eficaz de intermediar entre profesionales sanitarios y pacientes. Idealmente, los pacientes indígenas deberían ser tratados por profesionales indígenas, con quienes compartan lengua y cultura.
- **Holismo.** El diseño de la 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 la ausencia de enfermedad».¹⁷

Cuando se trata de poner en marcha modelos paralelos e integrados, hacemos nuestras las recomendaciones que realiza la organización de médicos aborígenes australianos ANTAC, que se ha integrado con éxito en el sistema oficial de salud de la ciudad de Adelaide:

- **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.¹⁷

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.

Fuentes

1. 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>
2. 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.
3. 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
4. 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>
5. 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>
6. 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.
7. 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.
8. 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.

9. 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.
10. 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>
11. 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.
12. 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
13. Ministerio de Salud de Perú (2014). *Diálogo Intercultural en Salud*. MINSU.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. <https://www.iceers.org/salud-intercultural/>
18. 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.
19. 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/TI529-MEC-Agudelo-Salud.pdf>
20. Comunicación personal, entrevista mantenida el 26 de mayo de 2023.
21. Menéndez, E. L. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1), 109-118.

Para más información

www.iceers.org