

Interculturalidad en salud, capacitación y articulación de la medicina ancestral en la atención sanitaria

Interculturality in healthcare, training, and the integration of traditional medicine into healthcare

Carlos Andrés Escobar Baldeón*

Universidad Técnica del Norte
Ibarra - Ecuador
caescobarb@utn.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0002-0891-0095>

Felipe Raúl Vera Gómez

Universidad Técnica del Norte
Ibarra - Ecuador
frverag@utn.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0009-4799-4712>

Karina Michelle Toapanta Cazares

Universidad Técnica del Norte
Ibarra - Ecuador
kmtoapantac@utn.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0004-9543-481X>

Pamela Mishell Vinueza Jurado

Universidad Técnica del Norte
Ibarra - Ecuador
pmvinuezaj@utn.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0005-8060-0835>

Fátima Raysa Sandoval Churuchumbi

Universidad Técnica del Norte
Ibarra - Ecuador
frsandovalc@utn.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0009-5248-6974>

*Correspondencia:

caescobarb@utn.edu.ec

Cómo citar este artículo:

Escobar, C., Vera, F., Toapanta, K., Vinueza, P., & Sandoval, F. (2026). Interculturalidad en salud, capacitación y articulación de la medicina ancestral en la atención sanitaria. *Revista de Investigación Educativa Niveles*, 3(1), 125-138. <https://doi.org/10.61347/rien.v3i1.92>

Recibido: 16 de marzo de 2026

Proceso de evaluación:

19 de marzo al 17 de abril de 2026

Aceptado: 20 de abril de 2026

Publicado: 24 de abril de 2026

Copyright: Derechos de autor 2026 Carlos Andrés Escobar Baldeón, Felipe Raúl Vera Gómez, Karina Michelle Toapanta Cazares, Pamela Mishell Vinueza Jurado, Fátima Raysa Sandoval Churuchumbi.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-
NoComercial 4.0.

Resumen: La interculturalidad en el contexto de la salud constituye un componente estratégico para reducir las desigualdades en el acceso y calidad de los servicios sanitarios en poblaciones indígenas y rurales. La investigación analiza las asunciones del paradigma intercultural en salud, así como la capacitación intercultural y la articulación de la medicina ancestral. La metodología adoptó un diseño cualitativo de tipo revisión integrativa, basado en el análisis y síntesis de literatura científica, documentos normativos y reportes institucionales nacionales e internacionales relacionados con interculturalidad, pluralismo médico y políticas públicas de salud. Los hallazgos muestran que, aunque el MAIS-FCI reconoce la diversidad cultural, los derechos colectivos y el pluralismo médico, persiste una brecha importante entre el marco normativo y su implementación real, especialmente en territorios indígenas y rurales. Entre las principales limitaciones se identifican la pobreza estructural, la discriminación histórica, el aislamiento geográfico, las barreras lingüísticas y comunicacionales, así como la escasa formación intercultural del personal de salud. Asimismo, se evidencia que la falta de materiales educativos adaptados y de estrategias de consentimiento informado culturalmente pertinentes afecta la calidad de la atención y la adherencia terapéutica. En cuanto a la medicina ancestral, aunque existe reconocimiento formal de prácticas como la partería y el uso de plantas medicinales, su integración al sistema público sigue siendo limitada por la ausencia de regulación específica, certificación, financiamiento y protocolos de coordinación.

Palabras clave: Atención primaria de salud, interculturalidad en salud, medicina tradicional, normativa, pueblos indígenas.

Abstract: *Interculturality in the context of health is a strategic component for reducing inequalities in access to and the quality of health services among indigenous and rural populations. This study analyzes the assumptions of the intercultural paradigm in health, as well as intercultural training and the integration of traditional medicine. The methodology adopted a qualitative integrative review design, based on the analysis and synthesis of scientific literature, regulatory documents, and national and international institutional reports related to interculturality, medical pluralism, and public health policies. The findings show that, although the MAIS-FCI recognizes cultural diversity, collective rights, and medical pluralism, a significant gap persists between the regulatory framework and its actual implementation, especially in indigenous and rural territories. Among the main limitations identified are structural poverty, historical discrimination, geographic isolation, linguistic and communication barriers, as well as insufficient intercultural training for health personnel. Furthermore, evidence suggests that the lack of adapted educational materials and culturally relevant informed consent strategies affects the quality of care and treatment adherence. With regard to traditional medicine, although practices such as midwifery and the use of medicinal plants are formally recognized, their integration into the public health system remains limited by the lack of specific regulations, certification, funding, and coordination protocols.*

Keywords: Indigenous peoples, interculturality in health, primary health care, regulations, traditional medicine.

1. Introducción

La interculturalidad en el contexto sanitario reconoce la coexistencia de sistemas de conocimiento, prácticas y concepciones sobre el proceso salud-enfermedad, así como la promoción del diálogo respetuoso entre la biomedicina y los saberes tradicionales de los pueblos indígenas y comunidades locales. Este enfoque busca garantizar una atención sanitaria culturalmente pertinente, equitativa y basada en el reconocimiento de la diversidad cultural dentro de los sistemas de salud (Robinette & Boardman, 2021).

En tanto, la interculturalidad funcional cumple un rol limitado al incorporar de manera superficial elementos culturales dentro de los servicios de salud, como la traducción de materiales o la adecuación de ciertos espacios clínicos, sin modificar las estructuras institucionales ni las relaciones de poder entre los sistemas médicos. Por otro lado, se reconoce la interculturalidad crítica, que plantea una transformación estructural del sistema sanitario, al evidenciar las desigualdades históricas entre los pueblos indígenas y el modelo biomédico dominante. Dicha orientación promueve la participación comunitaria, el reconocimiento institucional de los saberes ancestrales y la redistribución del poder en la toma de decisiones en salud (Quiroz-Hidrovo et al., 2024).

Ecuador desarrolla prácticas de salud intercultural para mejorar la participación comunitaria como la incorporación del parto vertical intercultural y el empleo de la medicina tradicional en servicios formales. Sin embargo, muchas de estas experiencias aún no robustecen la transformación estructural del sistema, y carecen de evaluaciones sistemáticas de impacto. No todos los hospitales aplican realmente el protocolo, persisten actitudes biomédicas jerárquicas y no existe evaluación nacional sistemática diferenciada por pertenencia étnica (PAHO, 2008).

Existen iniciativas locales de articulación entre parteras tradicionales y servicios públicos, experiencias de parto culturalmente seguro y participación de sabiduría ancestral. Lamentablemente, su sostenibilidad se ven restringidas por falta de financiamiento, evaluación y reconocimiento institucional firme (OPS, 2025).

La interculturalidad en salud constituye un eje estructural del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) en Ecuador. Sin embargo, persiste una brecha significativa en la implementación segura en territorios indígenas y rurales de la población.

Asimismo, barreras lingüísticas y comunicacionales condicionan la formación intercultural del talento humano en salud, así como la insuficiente integración formal de agentes tradicionales al sistema público. En este sentido, la evidencia regional señala que la falta de pertinencia cultural en la comunicación sanitaria contribuye a la persistencia de desigualdades en poblaciones indígenas (Kerrigan et al., 2024).

La presente investigación examina la asunción del paradigma intercultural en salud, la capacitación intercultural y la articulación de la medicina ancestral. Para esto examina el enfoque intercultural del MAIS-FCI, integrando el análisis de los derechos colectivos, el pluralismo médico, la brecha normativa y el consentimiento informado en contextos interculturales. Asimismo, se identifica falencias estructurales en su implementación, analiza las barreras lingüísticas y comunicacionales que inciden en la atención sanitaria, y valora el aporte del material educativo adaptado en los procesos de capacitación intercultural. Finalmente, aborda la articulación entre la medicina ancestral y la medicina occidental, destacando las tensiones, los desafíos y las oportunidades que configuran la interacción intercultural en los sistemas de salud.

2. Metodología

Se adoptó un enfoque cualitativo con diseño descriptivo-analítico, sustentado a través de una revisión documental con el propósito de analizar el componente intercultural del MAIS-FCI y su aplicación en contextos indígenas y rurales del Ecuador, a partir de la evidencia científica y normativa disponible a nivel nacional e internacional. El estudio se sustentó en la revisión, interpretación y síntesis de información proveniente de literatura científica, documentos institucionales y marcos normativos que permitieron comprender las dinámicas entre la formulación de políticas públicas interculturales y su implementación en la práctica sanitaria.

El estudio se enmarcó en revisiones de literatura científica publicada entre 2020 y 2026, las fuentes consultadas incluyeron bases de datos académicas de acceso internacional y regional, entre ellas Scopus, PubMed, SciELO, Redalyc, Dialnet y Google Scholar. Asimismo, se revisaron documentos oficiales de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2026), así como normativas y documentos técnicos emitidos por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) relacionados con el MAIS-FCI y las políticas de salud intercultural.

Los criterios de inclusión contemplaron a) artículos científicos revisados por pares, b) estudios empíricos y revisiones sistemáticas o narrativas, c) investigaciones centradas en salud intercultural, pueblos indígenas o sistemas de salud en contextos latinoamericanos, y d) trabajos que abordaran explícitamente la relación entre medicina occidental y medicina tradicional o la implementación de políticas públicas interculturales. Se excluyeron documentos duplicados, literatura sin respaldo académico verificable, estudios centrados exclusivamente en aspectos clínicos sin enfoque intercultural y publicaciones sin acceso al texto completo.

El proceso de análisis se realizó mediante lectura crítica y categorización temática de la información, organizándola en función de la interculturalidad en salud desde el enfoque intercultural en el MAIS-FCI, los derechos colectivos, pluralismo médico, brecha normativa y consentimiento informado en contextos interculturales. Además, se señalaron falencias, barreras lingüísticas y comunicacionales, y se mostró el material educativo adaptado en torno a la capacitación intercultural. Finalmente, se ejecutó una articulación intercultural con la medicina ancestral, occidental, así como los conflictos y oportunidades de la articulación intercultural.

Finalmente, la síntesis integró los hallazgos de los estudios, destacando las principales brechas entre el marco normativo intercultural del MAIS-FCI y su implementación en territorios indígenas y rurales, así como las barreras lingüísticas, institucionales y estructurales que influyen en la calidad y pertinencia cultural de la atención en salud.

3. Resultados y Discusión

La interculturalidad en el contexto sanitario. Enfoque intercultural en el MAIS-FCI

El MAIS-FCI adapta la interculturalidad como un principio ético para la atención sanitaria y otorga reconocimiento a una práctica sostenida por el diálogo de saberes y la articulación entre la medicina basada en evidencia con las prácticas tradicionales ejecutadas en los pueblos y comunidades ecuatorianas, principios concordantes con el marco jurídico y la Constitución de la República del Ecuador (2008), donde se garantiza el derecho a la salud con enfoque intercultural (Martins de Miranda et al., 2024).

En el contexto de Latinoamérica más del 90 % de los países reconoce el uso de medicinas tradicionales, complementarias e integrativas (MTCI) y su contribución al acceso de atención primaria. En Ecuador el MAIS-FCI incorpora la interculturalidad como un principio estructural para garantizar la equidad y pertinencia cultural en el sistema sanitario. En la práctica esto se traduce a menudo en ajustes superficiales más que en transformaciones estructurales que marquen la brecha significativa existente entre el desarrollo de la medicina ancestral (Schlegel-Acuña, 2023).

La incorporación de la interculturalidad en los sistemas sanitarios latinoamericanos permanece en el plano discursivo o normativo, sin traducirse plenamente en transformaciones estructurales del sistema de salud. Aunque el MAIS-FCI reconoce la diversidad cultural y promueve el diálogo de saberes, su implementación enfrenta limitaciones relacionadas con desigualdades territoriales, escasez de recursos y persistencia de jerarquías biomédicas dentro de las instituciones sanitarias (Bautista-Valarezo et al., 2021).

En este sentido, la brecha entre la normativa y la práctica no solo responde a dificultades operativas, sino a determinantes sociales de la salud como pobreza estructural, discriminación histórica, aislamiento geográfico y desigual acceso a servicios sanitarios culturalmente pertinentes. Estas condiciones afectan de manera desproporcionada a las poblaciones indígenas de América Latina, evidenciando que la interculturalidad en salud requiere transformaciones institucionales profundas para reducir inequidades estructurales (Bautista-Valarezo et al., 2021).

Derechos colectivos y salud

La brecha entre el reconocimiento legal de los derechos colectivos y los indicadores reales de bienestar sanitario responde a una estratificación social profunda, donde los marcos normativos operan de forma aislada a las condiciones materiales de vida. La vulnerabilidad indígena se perpetúa por un racismo estructural que, sumado al aislamiento geográfico, convierte el derecho a la salud en una promesa teórica inaccesible; la pobreza actúa aquí no solo como carencia de recursos, sino como una barrera que prioriza la supervivencia inmediata sobre el fortalecimiento de sistemas de conocimiento propio (Saavedra-Urcia et al., 2025).

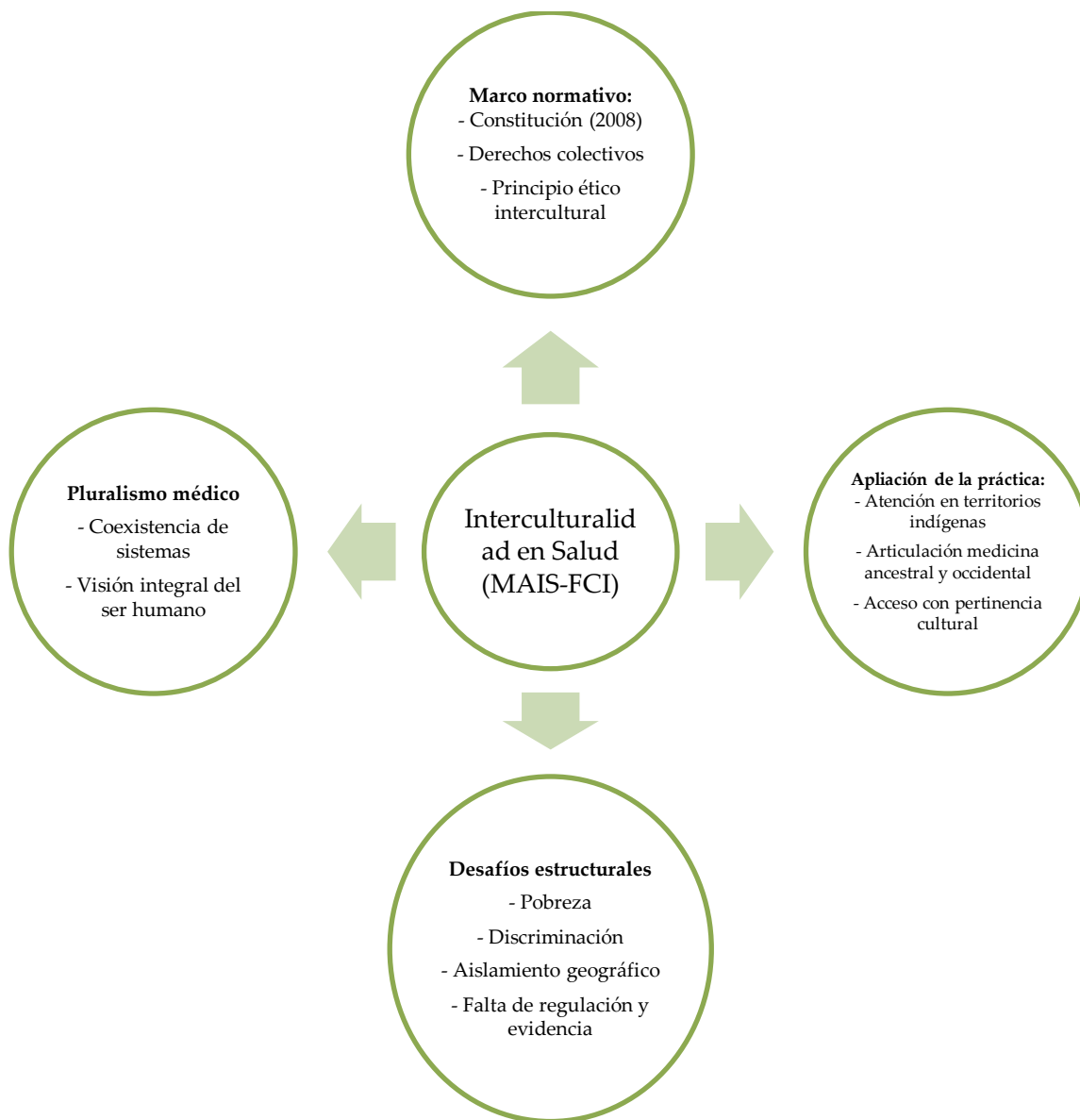
La falta de inversión e investigación en medicinas ancestrales no resulta un descuido, sino una forma de exclusión que invalida la epistemología indígena, impidiendo que sus saberes se integren como pilares legítimos y científicos dentro de un sistema de salud que debería ser, por definición, intercultural y decolonial (Nass et al., 2024).

Pluralismo médico

El pluralismo médico se configura como una característica fundamental de los sistemas de salud en contextos con presencia significativa de pueblos indígenas, donde la medicina tradicional coexiste con la biomedicina como una práctica cotidiana y necesaria. El sistema sanitario señala que, en países con personas de raíces indígenas, la utilización de la medicina tradicional coexistente con la biomedicina, conforma como una práctica común y necesaria para responder a brechas estructurales en acceso y resultados de salud, pues en grupos indígenas del sur revelan que la comprensión indígena de salud y enfermedad difiere radicalmente de la biomedicina, al integrar dimensiones espirituales, comunitarias y de equilibrio físico, mental, social y espiritual que la medicina occidental no siempre reconoce o incorpora en la atención clínica. Por lo tanto, se identifica al ser humano como un ente integral que necesita ser tratado en varios enfoques, y no solamente en la patología (Quiroz-Hidrovo et al., 2024).

Figura 1

Componente intercultural del MAIS-FCI y su relación con marco normativo, pluralismo médico y desafíos estructurales



Brecha entre normativa y práctica

Las discrepancias en salud entre personas indígenas y no indígenas siguen siendo un problema en la actualidad. Garza & Abascal (2025) señalan cómo las poblaciones indígenas continúan teniendo impactos más altos de enfermedades infecciosas como el COVID-19, malnutrición crónica y enfermedades crónicas que requieren atención continua, debido a barreras estructurales múltiples y discriminación histórica.

La mortalidad durante la pandemia mostró que la población indígena fue afectada de manera desproporcionada, con tasas superiores a las de la población mayoritaria, lo que expresa inequidades estructurales en acceso, prueba diagnóstica, tratamiento y determinantes sociales de salud. Además, los perfiles demográficos evidencian que la población indígena está más concentrada en áreas rurales, con indicadores socioeconómicos que empeoran la vulnerabilidad sanitaria (Henderson et al., 2026).

A su vez, la alta concentración de estas poblaciones en áreas rurales agrava su exposición ante crisis sanitarias, ya que el aislamiento geográfico se combina con una carencia crónica de servicios básicos y barreras lingüísticas que bloquean la atención primaria. Los perfiles demográficos muestran que la población indígena se concentra mayoritariamente en áreas rurales, donde el acceso a servicios básicos, infraestructura sanitaria y recursos médicos es más restringido, lo que incrementa su vulnerabilidad frente a emergencias sanitarias. Estas condiciones estructurales, sumadas a barreras culturales y lingüísticas, profundizan las brechas en salud y afectan de manera directa los resultados sanitarios en estas poblaciones (Spiegel et al., 2023).

Consentimiento informado en contextos interculturales

Los derechos de autonomía y consentimiento informado, ejes de la bioética, enfrentan desafíos estructurales cuando los sistemas de salud aplican normas individualistas en contextos comunitarios donde la toma de decisiones puede ser colectiva y no se asocia a un grupo minoritario como las comunidades indígenas que poseen un enfoque relacionado con lo espiritual. El consentimiento informado frecuentemente no considera las concepciones de salud y enfermedad propias de las culturas indígenas, lo que puede desencadenar en equivocaciones clínicas, desconfianza y falta de adherencia terapéutica (Bautista-Valarezo et al., 2020).

En contextos interculturales, el consentimiento informado no puede entenderse únicamente desde una perspectiva individualista propia del modelo biomédico occidental. En muchas comunidades indígenas, las decisiones relacionadas con la salud se encuentran influenciadas por dinámicas familiares y comunitarias, donde la participación de líderes comunitarios, familiares o autoridades tradicionales puede desempeñar un papel relevante en la toma de decisiones terapéuticas. En este sentido, la aplicación estricta de modelos de consentimiento centrados en la autonomía individual puede generar tensiones culturales y circunscribir la comprensión real del proceso de atención (Whalen et al., 2022).

El consentimiento informado debe adaptarse a los contextos socioculturales, así como incorporar procesos de diálogo comunitario, uso de lenguas originarias y explicaciones pertinentes sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. La consideración de estas dinámicas colectivas no implica la vulneración del principio de autonomía, sino su reinterpretación desde una perspectiva intercultural que reconoce las formas comunitarias de toma de decisiones propias de los pueblos indígenas (Whalen et al., 2022).

De este modo, avanzar hacia una práctica sanitaria intercultural implica desarrollar estrategias de consentimiento informado que integren la participación comunitaria, la mediación cultural y el respeto a las estructuras sociales propias de cada territorio, garantizando al mismo tiempo la protección de los derechos individuales y colectivos en el ámbito de la atención en salud.

Falencias en la capacitación intercultural

La literatura académica global subraya que la carencia de competencias interculturales en los sistemas sanitarios constituye una barrera crítica para la equidad en salud, ya que los profesionales suelen carecer de una formación práctica que les permita gestionar la diversidad cultural. Esta desconexión se manifiesta en la incapacidad de los proveedores para comunicarse en lenguas indígenas o para negociar significados de salud y enfermedad que trasciendan el modelo biomédico tradicional (Wu et al., 2020).

La integración de la competencia intercultural en el currículo de las ciencias de la salud es imperativa para mitigar el racismo institucional, garantizando que el personal sanitario sea capaz de validar y coexistir con las epistemologías indígenas en la práctica clínica diaria. Aunque el MAIS-FCI establece que, la capacitación en interculturalidad como componente fundamental, en muchos centros de salud rurales no existen programas continuos ni evaluados como a su vez la falta de formación estructurada de actitudes institucionales desvaloriza saberes tradicionales, creando tensión entre personal sanitario y comunidades indígenas (OPS, 2025).

Barreras lingüísticas y comunicacionales

Factores como las barreras lingüísticas confinan el desarrollo de estas prácticas tradicionales, al dificultar la comunicación clínica efectiva, incrementando errores diagnósticos, reduciendo la adherencia terapéutica y desencadenando experiencias subjetivas de discriminación y exclusión en contextos de atención hospitalaria para personas indígenas. La ausencia de intérpretes permanentes y la falta de materiales educativos adaptados a lenguas como el kichwa o shuar restringen la comprensión real de indicaciones médicas, afectando el acceso y la calidad de la atención para comunidades indígenas (Taylor et al., 2020).

La comunicación intercultural constituye un determinante estructural para garantizar la calidad de la atención sanitaria en contextos multiculturales. La ausencia de estrategias comunicativas culturalmente pertinentes genera incompreensión entre profesionales de salud y pacientes indígenas, y afecta la confianza institucional, la adherencia terapéutica y la continuidad de los tratamientos (Al Shamsi et al., 2020).

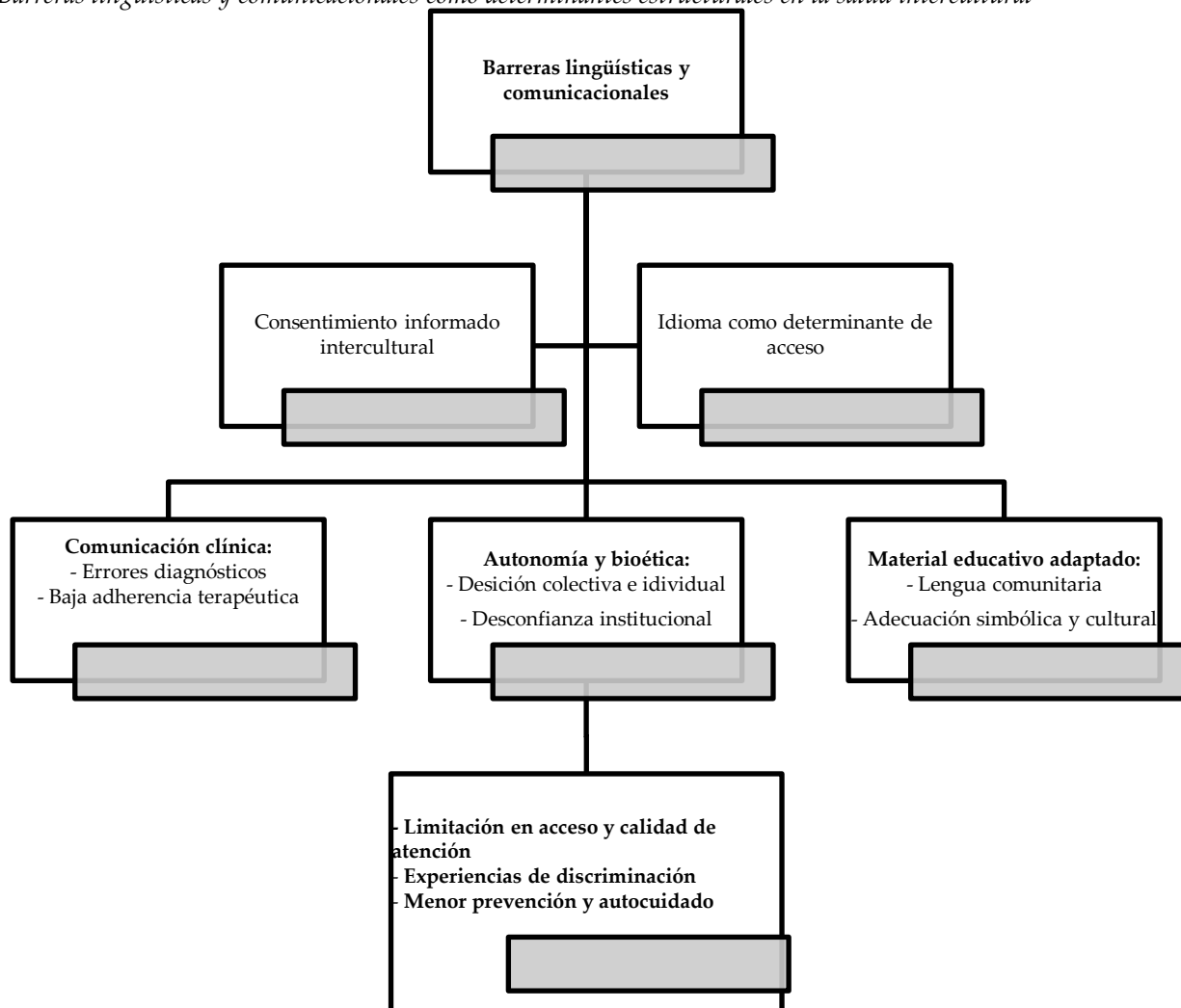
Las barreras lingüísticas coartan la transmisión de información médica y producen inequidades en el acceso a servicios sanitarios. En el contexto donde predominan lenguas indígenas, la falta de intérpretes capacitados y de materiales educativos culturalmente adaptados contribuye a la reproducción de desigualdades en salud y a experiencias de discriminación dentro de los sistemas sanitarios.

Material educativo adaptado culturalmente

Las adaptaciones deben incluir lengua comunitaria, simbología culturalmente significativa, ejemplos contextuales como la agroecología y la economía rural. El material educativo de salud transmite información y configura la forma en que las comunidades interpretan y actúan frente a procesos de enfermedad, prevención y cuidado. Como la traducción literal no resulta suficiente, deben adaptarse los materiales educativos a los marcos culturales de las comunidades objetivo. Para Hsu et al. (2020) la adopción de materiales culturalmente adaptados incrementa la adherencia a medidas de prevención y autocuidado, como uso de servicios prenatales, vacunas y control de enfermedades crónicas.

Figura 2

Barreras lingüísticas y comunicacionales como determinantes estructurales en la salud intercultural



Articulación intercultural

Articulación con la medicina ancestral

En América Latina, aproximadamente 58 millones de personas se autoidentifican como indígenas, lo que representa cerca del 8 % de la población regional. En países andinos, más del 60 % de comunidades rurales reportan uso habitual de plantas medicinales y partería tradicional. La OPS estima que en algunos países andinos y amazónicos entre 40 % y 70 % de la población indígena utiliza regularmente medicina tradicional como primera opción terapéutica.

En el contexto ecuatoriano, el MSP y el MAIS-FCI reconocen explícitamente el carácter intercultural del sistema sanitario y la legitimidad de saberes ancestrales como la partería, el uso de plantas medicinales y la medicina espiritual. No obstante, Dutta & Trivedi (2026) evidencian en comunidades kichwas y amazónicas que la mayoría de agentes tradicionales no están formalmente integrados al sistema público ni cuentan con esquemas de remuneración o certificación estandarizada, lo que refleja una brecha entre reconocimiento simbólico y fortalecimiento estructural.

Coordinación entre medicina occidental y ancestral

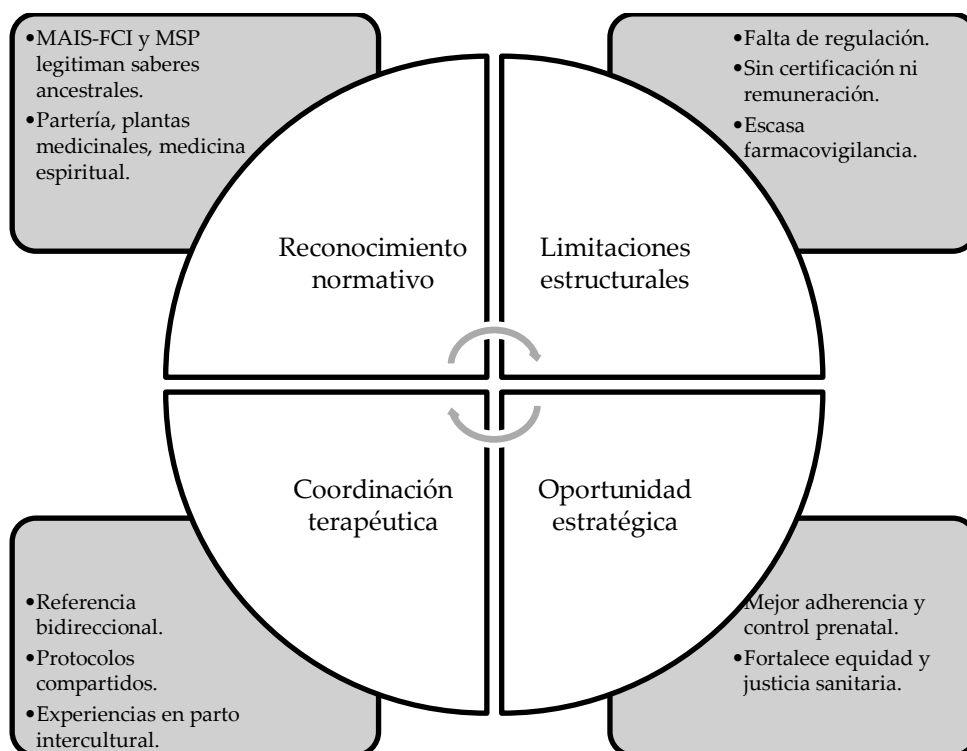
La medicina tradicional engloba al conjunto de conocimientos, prácticas y creencias relacionadas con la salud que se transmiten culturalmente dentro de una comunidad y que incluyen el uso de plantas medicinales, terapias espirituales y prácticas rituales. En tanto, la medicina ancestral se relaciona con la medicina tradicional y los conocimientos heredados por generaciones dentro de pueblos originarios, vinculados a su cosmovisión, espiritualidad y relación con el territorio. Por su parte, el pluralismo médico se inscribe en la coexistencia de sistemas médicos dentro de una misma sociedad, donde las personas pueden recurrir simultáneamente a la biomedicina y a prácticas tradicionales para la prevención, diagnóstico o tratamiento de enfermedades (Bautista-Valarezo et al., 2021).

La coordinación efectiva entre medicina occidental y ancestral atraviesa más que coexistencia paralela, pues requiere protocolos compartidos, referencia bidireccional y diálogo terapéutico intercultural. En la región andina, experiencias documentadas en Bolivia y Perú demuestran que la inclusión de parteras tradicionales en servicios institucionales, acompañamiento ritual y uso de prácticas culturalmente aceptadas se asocia con mayor adherencia prenatal y reducción de eventos adversos evitables, especialmente en contextos rurales (OPS, 2025).

En Ecuador, si bien existen iniciativas como casas de parto interculturales y protocolos de parto vertical en ciertas provincias, la coordinación continúa siendo heterogénea y dependiente de liderazgo local. Informes recientes del Ministerio de Salud Pública muestran que en territorios donde se implementa acompañamiento intercultural estructurado, los controles prenatales institucionales aumentan aproximadamente un 18 %; sin embargo, no existe aún una política nacional estandarizada de integración terapéutica ni evaluación sistemática de resultados en salud (Reeves-Huapaya et al., 2025).

Figura 3

Componentes clave en la articulación entre medicina occidental y ancestral en el contexto intercultural ecuatoriano



Conflictos y oportunidades de articulación intercultural

Los principales conflictos en la articulación intercultural se derivan de factores estructurales como la ausencia de regulación específica sobre prácticas tradicionales, limitaciones en farmacovigilancia de fitoterapia ancestral y temores institucionales frente a responsabilidad legal compartida. Además, la persistencia de discriminación cultural en servicios rurales continúa siendo reportada por organizaciones de derechos humanos, lo que evidencia que la interculturalidad aún enfrenta barreras simbólicas y estructurales en su implementación (Gallego-Pérez et al., 2020).

No obstante, la integración intercultural representa una oportunidad estratégica para fortalecer sistemas de salud resilientes y equitativos. Desde una perspectiva de determinantes sociales, la articulación efectiva no solo mejora indicadores clínicos, sino que contribuye a la justicia y a la redistribución del poder sanitario en territorios históricamente marginados (Rocha-Jiménez et al., 2025).

Para fortalecer la integración entre medicina occidental y medicina ancestral dentro del sistema sanitario ecuatoriano deben trazarse mecanismos institucionales concretos que permitan una articulación efectiva entre ambos sistemas médicos. Entre las estrategias propuestas se incluyen el reconocimiento formal de los agentes de medicina tradicional, la formación intercultural del talento humano en salud, el desarrollo de protocolos de referencia y contrarreferencia entre medicina ancestral y servicios biomédicos, así como la incorporación de mediadores culturales en los establecimientos de salud (Maras & Leger, 2024).

Tabla 1

Matriz de estrategias para la articulación de los sistemas médicos

Estrategia propuesta	Objetivo de la integración	Requisito para la articulación efectiva	Fuente de respaldo (tendencias 2023-2025)
Mediación cultural	Reducir la fricción entre cosmovisiones en el entorno clínico.	Incorporación de facilitadores bilingües y gestores culturales.	Muñoz (2024); Garza & Abascal (2025)
Referencia bidireccional	Crear un flujo técnico entre médicos y sanadores.	Protocolos de derivación que validen la eficacia de la medicina espiritual/herbolaria.	Ramírez-Naranjo & Miranda-Ramírez (2025); OPS (2025)
Formación inmersiva	Sensibilizar al talento humano biomédico.	Currículos universitarios que incluyan prácticas en comunidades y validación de saberes.	Jull et al. (2023); Almutairi (2015)
Gobernanza compartida	Equilibrar el poder de decisión en salud.	Creación de comités de ética y salud liderados por autoridades indígenas locales.	Hill (2023); Jull et al. (2023)

4. Conclusiones

La interculturalidad en el contexto sanitario, aunque reconocida normativamente en el MAIS-FCI y en el marco constitucional ecuatoriano, continúa enfrentando una marcada brecha entre su formulación jurídica y su aplicación efectiva en los territorios indígenas y rurales. En la práctica, persisten desigualdades estructurales asociadas con pobreza, discriminación, aislamiento geográfico y

jerarquías biomédicas, lo que reduce la consolidación de una atención verdaderamente pertinente, equitativa y respetuosa de los derechos colectivos y del pluralismo médico.

La capacitación intercultural del talento humano en salud constituye una condición indispensable para reducir inequidades y fortalecer la calidad de la atención sanitaria; sin embargo, su desarrollo sigue siendo insuficiente, discontinuo y escasamente evaluado. La falta de competencias interculturales, junto con las barreras lingüísticas y comunicacionales, restringe la comprensión mutua entre profesionales y comunidades indígenas, debilita la adherencia terapéutica y reproduce prácticas de exclusión, lo que evidencia la necesidad de procesos formativos permanentes y de materiales educativos culturalmente adaptados.

La articulación entre medicina ancestral y medicina occidental representa una oportunidad estratégica para avanzar hacia un sistema sanitario más justo, inclusivo y resiliente; no obstante, su desarrollo aún es limitado por la falta de regulación específica, reconocimiento formal de los agentes tradicionales, protocolos compartidos y mecanismos institucionales de coordinación. Por ello, la integración efectiva de ambos sistemas médicos exige fortalecer la referencia bidireccional, la mediación cultural, la formación intercultural y la gobernanza compartida, a fin de transformar el reconocimiento simbólico de los saberes ancestrales en una incorporación estructural real dentro de la atención sanitaria.

Deben reforzarse políticas públicas que reduzcan la brecha entre el marco normativo intercultural y su aplicación práctica en los territorios. Se recomienda el desarrollo de programas de formación intercultural obligatoria para el talento humano en salud, el reconocimiento formal y la certificación de agentes de medicina tradicional, la implementación de protocolos de referencia y contrarreferencia entre medicina ancestral y servicios biomédicos, así como el fortalecimiento de estrategias de comunicación intercultural que garanticen el acceso a la información en lenguas indígenas.

Referencias

- Al Shamsi, H., Almutairi, A. G., Al Mashrafi, S., & Al Kalbani, T. (2020). Implications of Language Barriers for Healthcare: A Systematic Review. *Oman Medical Journal*, 35(2), 1-7. <https://doi.org/10.5001/OMJ.2020.40>
- Almutairi, K. M. (2015). Culture and language differences as a barrier to provision of quality care by the health workforce in Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 36(4). <https://doi.org/10.15537/smj.2015.4.10133>
- Bautista-Valarezo, E., Duque, V., Verdugo, A. E., Dávalos-Batallas, V., Michels, N. R. M., Hendrickx, K., & Verhoeven, V. (2020). Towards an indigenous definition of health: an explorative study to understand the indigenous Ecuadorian people's health and illness concepts. *International Journal for Equity in Health*, 19, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-1142-8>
- Bautista-Valarezo, E., Duque, V., Verhoeven, V., Mejia, J., Hendrickx, K., Maldonado-Rengel, R., & Michels, N. R. M. (2021). Perceptions of Ecuadorian indigenous healers on their relationship with the formal health care system: barriers and opportunities. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 21, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12906-021-03234-0>
- Constitución de la República del Ecuador (CRE). (20 de octubre de 2008). Registro Oficial 449. (Ecuador). <https://n9.cl/hd0q>
- Dutta, P. K., & Trivedi, S. (2026). *Agripreneurship, Digital Inclusion and Sustainability. Rural Innovation and Growth in the Global South*. CABI. <https://doi.org/10.1079/9781836992646.0000>

- Gallego-Pérez, D. F., Abdala, V. M., Amado, D. M., Carvalho, I. M., Aldana-Martínez, N. S., & Ghelman, R. (2020). Equidad, abordajes interculturales y acceso a la información sobre las medicinas tradicionales, complementarias e integrativas en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.143>
- Garza, M., & Abascal, L. A. (2025). Health disparities among indigenous populations in Latin America: a scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 24. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02495-2>
- Henderson, T. O., Egleston, B., Howe, S., Allen, M. A., Mim, R., Fleisher, L. G., Elkin, E. B., Oeffinger, K. C., Krull, K. R., Ofidis, D., McLeod, B., Griffin, H., Wood, E. M., Cacioppo, C. N., Brown, S., Perpich, M., Armstrong, G. T., & Bradbury, A. R. (2026). The ENGAGE study: a randomized trial optimizing uptake of germline cancer genetic services in childhood cancer survivors. *The Lancet Regional Health-Americas*, 55. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2026.101375>
- Hill, R. (2023). Anticipatory co-governance for human rights to sciences across knowledge systems. *The International Journal of Human Rights*, 28, 335-353. <https://doi.org/10.1080/13642987.2023.2273290>
- Hsu, C. C., Su, Y. F., Tsai, K. Y., Kuo, F. C., Chiang, C. F., Chien, C. Y., Chen, Y. C., Lee, C. H., Wu, Y. C., Wang, K., Liu, S. Y., & Shieh, Y. S. (2020). Correction to: Gamma synuclein is a novel nicotine responsive protein in oral cancer malignancy. *Cancer Cell International*, 20. <https://doi.org/10.1186/S12935-020-01478-3>
- Jull, J., Fairman, K., Oliver, S., Hesmer, B., Pullattayil, A. K., & Not Deciding Alone Team. (2023). Interventions for Indigenous Peoples making health decisions: A systematic review. *Archives of Public Health*, 81. <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01177-1>
- Kerrigan, V., McGrath, S. Y., Baker, R. D., Burrunali, J., Ralph, A. P., Herdman, R. M., Alley, T., & Armstrong, E. (2024). "If They Help Us, We Can Help Them": First Nations Peoples Identify Intercultural Health Communication Problems and Solutions in Hospital in Northern Australia. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 12, 3601-3612. <https://doi.org/10.1007/S40615-024-02160-4>
- Maras, J., & Leger, K. A. (2024). "Think of the situation in a positive light": A look at cognitive reappraisal, affective reactivity and health. *Social Science & Medicine*, 346. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2024.116701>
- Martins de Miranda, V. A., Queiroga, A. B., & Pereira, M. F. (2024). Encontro de Saberes: Interculturalidade Crítica e Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(12). <https://doi.org/10.1590/1413-812320242912.10262024>
- Muñoz, R. (2024). Mediación intercultural en salud en América Latina y Europa: algunas posibilidades para su implementación en México. *Ichan Tecolotl*, 35, 1-20. <https://www.researchgate.net/publication/380069591>
- Nass, S. J., Amankwah, F. K., DeVoe, J. E., & Benjamin, G. C. (2024). *Ending unequal treatment: Strategies to achieve equitable health care and optimal health for all*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/27820>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2 de noviembre de 2022). *Fortalecer la atención primaria de salud para hacer frente a la discriminación racial, promover servicios interculturales y reducir las desigualdades sanitarias: síntesis de la investigación*. Organización Mundial de la Salud. (Ginebra). <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240057104>

- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2026). *Diversidad cultural y salud*. <https://www.paho.org/es/temas/diversidad-cultural-salud>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (25 de abril de 2025). *Fortalecemos la salud intercultural en Ecuador*. https://www.paho.org/es/noticias/25-4-2025-fortalecemos-salud-intercultural-ecuador?utm_source=chatgpt.com
- Pan American Health Organization [PAHO]. (2008). *Health of the indigenous peoples of the Americas*. <https://www.paho.org/sites/default/files/55-saludPI-decenio-Eng2.pdf>
- Quiroz-Hidrovo, A. L., Larrea-Killinger, C., & Rodríguez-Martín, D. (2024). La hegemonía del modelo biomédico desde las representaciones del personal de salud en el contexto de un modelo de atención en salud con enfoque intercultural en Chugchilán, Ecuador. *Saúde e Sociedade*, 33(1). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230087ES>
- Ramírez-Naranjo, R. E., & Miranda-Ramírez, A. N. (2025). La neurobiología del efecto placebo en la medicina ancestral: un puente entre mente, cuerpo y nutrición. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 50, 1-9. <https://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/3841>
- Reeves-Huapaya, E. S., Quispe-Berrios, H., Saravia-Parra, L., Chambilla-Baylón, J. R., Rucoba-del Castillo, L. R., Vásquez-Dorado, J. E., Oscco-Solorzano, R., & Jaime-Andia, M. (2025). Exploring inclusion and digital literacy in Latin America as a means for social change: a systematic literature review. *Social Sciences & Humanities Open*, 12. <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2025.102219>
- Robinette, J. W., & Boardman, J. D. (2021). Cognition in context: Pathways and compound risk in a sample of US non-Hispanic whites. *Social Science & Medicine*, 283. <https://doi.org/10.1016/j.SOCSCIMED.2021.114183>
- Rocha-Jiménez, T., Torres, I., Cabieses, B., López-Cevallos, D. F., & Mercado-Órdenes, M. (2025). Intersectionality, racism, and mental health of migrants arriving at borders in Latin America: a qualitative study based on in-depth interviews with key informants of the cases of Ecuador and Chile. *The Lancet Regional Health-Americas*, 44. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101040>
- Saavedra-Urcia, O. A., Dávila-Cisneros, J. D., Carrasco-Huaman, D. I., & Bracho-Fuenmayor, P. L. (2025). Estrategias interculturales para el fortalecimiento institucional del sector público en Latinoamérica. *Cienciamatria*, 11(20), 60-78. <https://doi.org/10.35381/CM.V11I20.1532>
- Schlegel-Acuña, C. G. (2023). Epidemiología sociocultural y diálogo intercultural para el trabajo en salud en pueblos indígenas de Chile. *Índex de Enfermeria*, 32(2). <https://doi.org/10.58807/INDEXENFERM20235820>
- Spiegel, J. M., Zungu, M., Yassi, A., Lockhart, K., Wilson, K. S., Okpani, A. I., Jones, D., & Sanabria, N. (2023). Protecting healthcare workers during a pandemic: what can a WHO collaborating centre research partnership contribute? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.33>
- Taylor, E. V., Lyford, M., Parsons, L., Mason, T., Sabesan, S., & Thompson, S. C. (2020). "We're very much part of the team here": A culture of respect for Indigenous health workforce transforms Indigenous health care. *PLOS One*, 15(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239207>
- Whalen, D. H., Lewis, M. E., Gillson, S., McBeath, B., Alexander, B., & Nyhan, K. (2022). Health effects of Indigenous language use and revitalization: a realist review. *International Journal for Equity in Health*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01782-6>

Wu, H., Zhao, P., Yang, X., Li, J., Zhang, J., Zhang, X., Zeng, Z., Dong, J., Gao, S., & Lu, C. (2020). A Recombinase Polymerase Amplification and Lateral Flow Strip Combined Method That Detects Salmonella enterica Serotype Typhimurium With No Worry of Primer-Dependent Artifacts. *Frontiers in Microbiology*, 11. <https://doi.org/10.3389/FMICB.2020.01015>

Agradecimiento

Los autores expresan su agradecimiento a las instituciones académicas y a las fuentes científicas consultadas que contribuyeron al desarrollo de la presente investigación. Asimismo, se reconoce el aporte de los organismos y publicaciones que proporcionaron información relevante para el análisis del enfoque intercultural en salud.

Transparencia

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés de naturaleza personal, profesional, financiera o institucional que haya influido en el desarrollo, análisis o resultados de la presente investigación. Asimismo, se declara que el estudio fue realizado con fines estrictamente académicos y científicos.

Fuente de financiamiento

La presente investigación fue financiada en su totalidad por los autores. No se recibió financiamiento de instituciones públicas, privadas ni de organismos externos para el desarrollo del estudio. El trabajo fue realizado con fines académicos.

Contribución de autoría

Carlos Andrés Escobar Baldeón: Conceptualización, metodología, software, validación, análisis formal, investigación, gestión de datos, redacción - preparación del borrador original, redacción - revisión y edición, financiamiento, administración del proyecto, recursos, supervisión.

Felipe Raúl Vera Gómez: Conceptualización, validación, análisis formal, investigación, gestión de datos, redacción - preparación del borrador original, redacción - revisión y edición, financiamiento, recursos.

Karina Michelle Toapanta Cazares: Conceptualización, validación, análisis formal, investigación, gestión de datos, visualización, redacción - preparación del borrador original, redacción - revisión y edición, financiamiento, recursos.

Pamela Mishell Vinueza Jurado: Conceptualización, metodología, validación, análisis formal, investigación, visualización, redacción - preparación del borrador original, redacción - revisión y edición, financiamiento, recursos.

Fátima Raysa Sandoval Churuchumbi: Conceptualización, metodología, validación, análisis formal, investigación, visualización, redacción - preparación del borrador original, redacción - revisión y edición, financiamiento, recursos.

Los autores contribuyeron activamente en el análisis de los resultados, revisión y aprobación del manuscrito final.