

ENFERMERÍA INTERCULTURAL *en el* ECUADOR PLURINACIONAL

Saberes Ancestrales
y Práctica Clínica



González-Naranjo, David Eduardo • Figueroa-Andrade,
Jessica Mariuxi • Valarezo-Guaman, Tatiana Marilyn,
Chimborazo-Chimborazo, Gloria Alicia • Flores-Benalcázar,
Ángel David • Suárez-Moreira, Melanie Gisella • Castañeda-
Singo-Maria José • Suquilanda-Oña, Gabriela Elizabeth,
Medina-Suárez, Nathaly Geovanna • Flores-Alarcón,
José Orlando

Enfermería Intercultural en el Ecuador Plurinacional Saberes Ancestrales y Práctica Clínica.

Autor/es:

González Naranjo David Eduardo

Pontificia Universidad Católica del Ecuador; Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez

Figueroa Andrade Jessica Mariuxi

Universidad Técnica Estatal de Quevedo

Valarezo Guaman Tatiana Marilyn

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Amazonas

Chimborazo Chimborazo Gloria Alicia

Universidad Tecnológica Indoamérica; Hospital Provincial General Docente Ambato

Flores Benalcázar Ángel David

Universidad Central del Ecuador; Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez

Suárez Moreira Melanie Gisella

SOLCA Núcleo de Quito

Castañeda Singo María José

Clínica de Ojos Fundación Finlandia

Suquilanda Oña Gabriela Elizabeth

Estudiante del Posgrado de Enfermería Oncológica

Medina Suárez Nathaly Geovanna

Universidad Técnica del Norte; Universidad de las Américas; Hospital General Pablo Arturo Suárez

Flores Alarcón José Orlando

Universidad Politécnica Estatal del Carchi

Datos de Catalogación Bibliográfica

González-Naranjo, D. E.
Figueroa-Andrade, J. M.
Valarezo-Guaman, T. M.
Chimborazo-Chimborazo, G. A.
Flores-Benalcázar, Á. D.
Suárez-Moreira, M. G.
Castañeda-Singo, M. J.
Suquilanda-Oña, G. E.
Medina-Suárez, N. G.
Flores-Alarcón, J. O.

**Enfermería Intercultural en el Ecuador Plurinacional Saberes Ancestrales
y Práctica Clínica**

Oriente-Manabí Editorial, Ecuador, 2026
ISBN: 978-9942-7463-9-9
Formato: 210 mm X 270 mm

80 págs.



Publicado por Oriente-Manabí Editorial

Ecuador, Manabí, Cod. Post. 130101.

Contacto: +593 959 723 343

Email: info@omeditorial.com

www.books.omeditorial.com

Director General:	<i>Dr. Guerrero Bermúdez Ángel Enrique</i>
Editor en Jefe:	<i>Dr. Guerrero Bermúdez Ángel Enrique</i>
Editor Académico:	<i>Lcdo. Oltramonti Roberto, Mg</i>
Supervisor de Producción:	<i>Ing. Barragán Monroy Roberto Johan, Mg.</i>
Diseño:	OM Editorial
Consejo Editorial	<i>OM Editorial</i>

© Abril, 2026

Libro Digital, Primera Edición, 2026

Editado, Diseñado, Diagramado y Publicado por [Comité OM Editorial](#)

Manabí, Ecuador, 2026

D.R. © 2026 por Autores y OM Editorial Ecuador.

Cámara Ecuatoriana del Libro con Radicación editorial 182865

Disponible para su descarga gratuita en www.books.omeditorial.com

Los contenidos de este libro pueden ser descargados, reproducidos, difundidos e impresos con fines de estudio, investigación y docencia o para su utilización en productos o servicios no comerciales, siempre que se reconozca adecuadamente a los autores como fuente y titulares de los derechos de propiedad intelectual, sin que ello implique en modo alguno que aprueban las opiniones, productos o servicios resultantes. En el caso de contenidos que indiquen expresamente que proceden de terceros, deberán dirigirse a la fuente original indicada para gestionar los permisos.

Título del libro:

Enfermería Intercultural en el Ecuador Plurinacional Saberes Ancestrales y Práctica Clínica.

© González-Naranjo, David Eduardo; Figueroa-Andrade, Jessica Mariuxi; Valarezo-Guaman, Tatiana Marilyn; Chimborazo-Chimborazo, Gloria Alicia; Flores-Benalcázar, Ángel David; Suárez-Moreira, Melanie Gisella; Castañeda-Singo, María José; Suquilanda-Oña, Gabriela Elizabeth; Medina-Suárez, Nathaly Geovanna; Flores-Alarcón, José Orlando.

ISBN: 978-9942-7463-9-9



<https://doi.org/10.63618/omeditorial/112>

Como citar (APA 7ma Edición):

González-Naranjo, D. E., Figueroa-Andrade, J. M., Valarezo-Guaman, T. M., Chimborazo-Chimborazo, G. A., Flores-Benalcázar, Ángel D., Suárez-Moreira, M. G., Castañeda-Singo, M. J., Suquilanda-Oña, G. E., Medina-Suárez, N. G., & Flores-Alarcón, J. O. (2026). *Enfermería Intercultural en el Ecuador Plurinacional Saberes Ancestrales y Práctica Clínica*. Oriente-Manabí Editorial. <https://doi.org/10.63618/omeditorial/112>

Cada uno de los textos de OM Editorial han sido sometido a un proceso de evaluación por pares doble ciego externos (double-blind paper review) con base en la normativa del editorial.

Revisores:



Lcdo. Yasiel Barban Forte, Mg

Instituto Superior Tecnológico
Crecermas Pontificia – Ecuador
Universidad Católica del Ecuador –
Ecuador



Lic. Marvi Alexander Viteri Ruiz
Mgs.

Pontificia Universidad Católica del
Ecuador – Ecuador



Aviso Legal:

La información presentada, así como el contenido, fotografías, gráficos, cuadros, tablas y referencias de este manuscrito es de exclusiva responsabilidad del/los autor/es y no necesariamente reflejan el pensamiento de la OM Editorial.

Derechos de autor ©

Este documento se publica bajo los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).



El "copyright" y todos los derechos de propiedad intelectual y/o industrial sobre el contenido de esta edición son propiedad de la OM Editorial y sus Autores. Se prohíbe rigurosamente, bajo las sanciones en las leyes, la producción o almacenamiento total y/o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático de la presente publicación, incluyendo el diseño de la portada, así como la transmisión de la misma de ninguna forma o por cualquier medio, tanto si es electrónico, como químico, mecánico, óptico, de grabación o bien de fotocopia, sin la autorización de los titulares del copyright, salvo cuando se realice con fines académicos o científicos y estrictamente no comerciales y gratuitos, debiendo citar en todo caso a la editorial. Las opiniones expresadas en los capítulos son responsabilidad de los autores.

Reseña de Autores



González-Naranjo, David Eduardo



Pontificia Universidad Católica del Ecuador;
Hospital Provincial General Pablo Arturo
Suárez



degonzalezn@puce.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0002-9620-8409>



Destacado profesional en enfermería residente en Quito, Ecuador, con una formación académica sólida que incluye licenciatura en Enfermería, un Máster Universitario en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería por la UNIR España, y actualmente cursando un PhD en Enfermería por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Lima, Perú. Diplomado en diversas áreas como docencia superior, alta gerencia y administración hospitalaria, bioética clínica y normativas para la investigación, manejo de protocolos de enfermería, innovación educativa y alta especialización en salud con mención en urgencias hospitalarias, además de un curso de liderazgo en enfermería orientado a fortalecer la gestión en Latinoamérica. Cuenta con amplia experiencia profesional en el ámbito asistencial, administrativo, docente e investigativo en salud, siendo investigador acreditado por SENESCYT (Ecuador), conferencista nacional e internacional y autor de múltiples publicaciones académicas. Actualmente es líder del servicio de pediatría del Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez, además de tutor de internado rotativo en enfermería y docente de posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.



Figueroa-Andrade, Jessica Mariuxi



Universidad Técnica Estatal de Quevedo



jfigueroaa3@uteq.edu.ec



<https://orcid.org/0009-0007-7680-6042>



Profesional en el área de Enfermería, con sólida formación académica y amplia experiencia en los ámbitos asistencial, docente e investigativo. Es Licenciada en Enfermería y cuenta con dos maestrías en áreas relacionadas con el cuidado de enfermería, orientadas al fortalecimiento de la práctica profesional, la gestión del cuidado y el desarrollo de competencias avanzadas en salud. Actualmente se encuentra cursando el Doctorado en Enfermería, con énfasis en la generación de conocimiento científico y el fortalecimiento de la disciplina. Posee más de 13 años de experiencia como enfermera y 13 años en docencia universitaria, participando en la formación de profesionales de enfermería en diversas instituciones de educación superior. Ha participado activamente en proyectos de investigación de alto impacto y vinculación con la sociedad, enfocados en la promoción de la salud, la educación sanitaria y la humanización del cuidado. Su trabajo se caracteriza por el compromiso con la investigación, la innovación educativa y la mejora de la calidad del cuidado de enfermería.



Valarezo-Guaman, Tatiana Marilyn



Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Sede Amazonas



tianavalarezo@puceamazonas.edu.ec



<https://orcid.org/0009-0005-3814-1786>



Tatiana Valarezo es una profesional de la salud con una destacada trayectoria asistencial y académica. Cuenta con dos años de experiencia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en Trauma Hospital, participando en el manejo de pacientes de alta complejidad. Posee una vocación docente consolidada de tres años en educación superior en diversas instituciones del Ecuador. Actualmente se desempeña como docente en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Amazonas, donde integra su experiencia clínica con la formación de nuevas generaciones. Atribuye cada uno de sus logros y avances profesionales a su fe en Dios y al apoyo fundamental de su familia.



Chimborazo-Chimborazo, Gloria Alicia



Universidad Tecnológica Indoamérica;
Hospital Provincial General Docente Ambato



gloriachimborazo@uti.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0002-0922-556X>



Profesional en enfermería residente en Ambato, Ecuador, con una sólida formación académica que incluye licenciatura en Enfermería y una Maestría en Enfermería con mención en Cuidados Críticos por la Universidad Autónoma de los Andes (UNIANDES). Actualmente cursa un PhD en Enfermería en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en Lima, Perú. Cuenta con formación especializada en Catéter PICC y accesos vasculares centrales, incluyendo técnicas habituales y ecoguiadas para pacientes neonatales y pediátricos. Actualmente se desempeña como enfermera de cuidado directo en el servicio de Neonatología del Hospital Provincial General Docente Ambato y como tutora de externado de la carrera de Enfermería de la Universidad Tecnológica Indoamérica.



Flores-Benalcázar, Ángel David



Universidad Central del Ecuador; Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez



adfloresb@uce.edu.ec



<https://orcid.org/0009-0009-2575-1621>



Licenciado en Enfermería graduado en la Universidad Central del Ecuador y Magíster en Cuidados Paliativos por la Universidad Iberoamericana del Ecuador. Ha desarrollado una trayectoria profesional que combina la práctica clínica con la formación académica, consolidando experiencia en diversas áreas hospitalarias críticas. Su compromiso con la formación de nuevos profesionales se refleja en su labor docente en la Universidad Central del Ecuador. Actualmente desempeña su actividad asistencial en el área de Pediatría del Hospital Pablo Arturo Suárez, donde integra el rigor técnico con una atención humanizada orientada al acompañamiento integral del paciente.



Suárez-Moreira, Melanie Gisella



SOLCA Núcleo de Quito



melanie-suarez1005@outlook.com



<https://orcid.org/0000-0002-0957-046X>



Profesional en Enfermería con formación orientada al cuidado especializado del paciente oncológico. Es Licenciada en Enfermería y cuenta con un Diplomado en Hemodiálisis para Enfermería por la Universidad Estatal de Milagro. Posee además una Maestría en Dirección y Gestión de Enfermería por la Universidad Internacional de Valencia y actualmente cursa la especialidad en Enfermería Oncológica en la Universidad Indoamérica. Desarrolla su práctica profesional en un hospital de cuarto nivel de atención

oncológica, donde se desempeña como enfermera de cuidado directo, enfocada en brindar atención integral, humanizada y segura a pacientes con patología oncológica. Sus intereses profesionales se centran en el fortalecimiento de la calidad asistencial, el manejo de terapias especializadas y la mejora continua de los cuidados de enfermería basados en evidencia científica.



Castañeda-Singo, María José



Clínica de Ojos Fundación Finlandia



majo.111195@hotmail.com



<https://orcid.org/0009-0005-3170-8698>



Profesional en Enfermería residente en Quito, Ecuador, graduada de la Universidad de Las Américas (UDLA), donde se destacó como una de las mejores egresadas de su promoción. Ha participado como ponente en congresos de enfermería, fortaleciendo su compromiso con la excelencia académica y la actualización permanente en el ámbito de la salud. Actualmente cursa la Maestría en Enfermería con mención en Cuidados Críticos en la Universidad Iberoamericana del Ecuador (UNIB.E), consolidando su formación en el abordaje integral del paciente crítico y en la práctica basada en evidencia. Se desempeña profesionalmente en la Clínica de Ojos Fundación Finlandia, donde su práctica se caracteriza por el rigor clínico, la ética y la sensibilidad humana. Concibe la enfermería como una vocación que integra ciencia, liderazgo y compromiso social.



Suquilanda-Oña, Gabriela Elizabeth



Estudiante del Posgrado de Enfermería
Oncológica



gabysuquilanda24@gmail.com



<https://orcid.org/0009-0008-2508-2758>



Profesional de enfermería con experiencia en el ámbito hospitalario, especialmente en áreas de atención especializada y seguridad del paciente. Su práctica profesional se orienta al cuidado integral del paciente, promoviendo intervenciones basadas en la evidencia, la humanización de la atención y la mejora continua de la calidad en los servicios de salud. Es Licenciada en Enfermería por la Universidad Central del Ecuador y Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencias y Cuidados Intensivos por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Además, cuenta con un Diplomado en Diálisis para Personal de Salud otorgado por la Universidad de Las Américas. Participa activamente en actividades de investigación y divulgación científica en el ámbito de las ciencias de la salud.



Medina-Suárez, Nathaly Geovanna



Universidad Técnica del Norte; Universidad
de las Américas; Hospital General Pablo
Arturo Suárez



natiimedina_98@hotmail.com



<https://orcid.org/0009-0002-9612-1159>



Magíster en Salud Pública y Licenciada en Enfermería, con formación especializada en cuidados intensivos neonatales. Desarrolla su ejercicio profesional en el sector público ecuatoriano, particularmente en el área de neonatología, donde participa en la atención integral del recién nacido y en el fortalecimiento de la salud materno-infantil. Su trabajo se orienta hacia la

promoción de una atención humanizada y culturalmente pertinente. Entre sus principales intereses académicos y profesionales se encuentran el desarrollo de la enfermería intercultural y la integración del conocimiento científico con los saberes ancestrales en el contexto de la diversidad plurinacional del Ecuador.



Flores-Alarcón, José Orlando



Universidad Politécnica Estatal del Carchi



jose.flores@upec.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0003-3645-1818>



Enfermero de profesión residente en Tulcán, Ecuador, con formación académica que incluye el título de Licenciado en Enfermería, Magíster en Gerencia de Instituciones de Salud y Magíster en Enfermería Familiar y Comunitaria. Actualmente cursa el Doctorado en Ciencias de la Enfermería. Se desempeña como docente en la Carrera de Enfermería de la Universidad Politécnica Estatal del Carchi (UPEC), contribuyendo a la formación de futuros profesionales de la salud. Cuenta con amplia experiencia en los ámbitos asistencial, docente e investigativo, participando en proyectos de investigación y vinculación con la comunidad. Además, ha participado como conferencista nacional e internacional y es autor de diversas publicaciones académicas en el campo de la salud y la enfermería.

Índice

Reseña de Autores.....	vi
Índice.....	xiv
Índice de Tablas.....	xvi
Índice de Figuras.....	xvii
Introducción.....	xviii
Capítulo I: Fundamentos de la Enfermería Intercultural en el Ecuador.....	1
1.1. Concepto de interculturalidad en salud.....	3
1.2. Ecuador como Estado plurinacional y diversidad cultural.....	7
1.3. Enfermería intercultural como modelo de cuidado.....	12
Capítulo II: Saberes ancestrales y medicina tradicional.....	16
2.1. Medicina ancestral ecuatoriana.....	17
2.2. Plantas medicinales en el cuidado de salud.....	21
2.2.1. Clasificación de plantas medicinales utilizadas en comunidades ecuatorianas.....	25
2.3. Partería tradicional.....	28
Capítulo III: Práctica clínica de enfermería intercultural.....	32
3.1. Comunicación intercultural.....	34
3.2. Atención culturalmente pertinente.....	37
3.2.1. Adaptación cultural del cuidado hospitalario.....	41
3.3. Mediación cultural en hospitales.....	43
Capítulo IV: Seguridad del paciente desde la interculturalidad.....	48
4.1. Seguridad del paciente indígena.....	50
4.2. Enfermería neonatal intercultural.....	52
4.3. Cuidados paliativos interculturales.....	55
Capítulo V: Integración de saberes ancestrales y ciencia.....	58

5.1. Integración terapéutica	60
5.2. Educación intercultural en enfermería.....	63
5.3. Futuro de la enfermería intercultural	66
Referencias Bibliográficas.....	70

Índice de Tablas

Tabla 1. Diversidad cultural en Ecuador	11
Tabla 2. Contexto Etnobotánico Regional en Ecuador.....	23
Tabla 3. Plantas medicinales en el cuidado de salud.....	24
Tabla 4. Buenas prácticas interculturales en hospitales.....	41
Tabla 5. Causas de eventos adversos y papel de la comunicación.....	46
Tabla 6. Medicina ancestral vs medicina clínica.....	62

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo de salud intercultural integral	6
Figura 2. Modelo de cuidado intercultural en salud	14
Figura 3. Mapa conceptual de los sistemas de medicina ancestral	21
Figura 4. Esquema de comunicación intercultural en salud	36
Figura 5. Modelo de adaptación cultural hospitalaria	43
Figura 6. Modelo de mediación cultural hospitalaria	47
Figura 7. Barreras y facilitadores en salud indígena	51
Figura 8. Modelo de cuidado neonatal intercultural	54
Figura 9. Modelo intercultural de cuidados paliativos	56
Figura 10. Modelo de formación intercultural en enfermería	65
Figura 11. Modelo futuro de enfermería intercultural	68

Introducción

Hay territorios donde la salud no empieza en un hospital ni termina en una receta. En el Ecuador plurinacional, el cuidado nace en la memoria colectiva, se transmite en la palabra compartida y se sostiene en una relación profunda con la tierra y la comunidad. Hablar de enfermería intercultural en este contexto no es un ejercicio académico aislado, sino un intento por comprender una realidad viva, compleja, a veces tensa, pero también profundamente rica en significados. Este libro se sitúa en ese cruce de caminos donde lo científico y lo ancestral no se excluyen, sino que buscan, con dificultad y esperanza, aprender a escucharse.

Durante décadas, los sistemas de salud han privilegiado una mirada biomédica que, si bien ha permitido avances indiscutibles, no siempre ha logrado dialogar con las formas en que los pueblos comprenden el cuerpo, la enfermedad y la sanación. En ese desencuentro se han gestado silencios, desconfianzas y barreras invisibles que afectan la calidad del cuidado. Sin embargo, también han surgido experiencias que muestran que otro modo de atención es posible, uno donde la diferencia no se percibe como obstáculo, sino como oportunidad para enriquecer la práctica sanitaria. Ahí es donde la enfermería empieza a ocupar un lugar distinto, más cercano, más humano, más consciente de su responsabilidad social.

Quien ejerce la enfermería en contextos interculturales no solo aplica conocimientos clínicos; también interpreta gestos, reconoce símbolos, acompaña procesos que no siempre se explican desde la lógica occidental. Hay decisiones que se toman en familia, tratamientos que dialogan con plantas y rituales, tiempos que no responden al reloj institucional. Comprender esto no implica renunciar a la ciencia, sino ampliar su alcance, hacerla más sensible, más abierta. En ese sentido, el profesional de enfermería se convierte en un puente, en alguien capaz de traducir mundos sin imponer uno sobre otro.


Este libro nace de la necesidad de visibilizar esa complejidad. No pretende ofrecer respuestas cerradas, sino abrir preguntas necesarias. ¿Cómo se construye un cuidado verdaderamente respetuoso en territorios diversos? ¿De qué manera se puede formar a profesionales capaces de habitar la incertidumbre cultural sin perder el rigor científico? ¿Qué significa, en la práctica, humanizar la

atención cuando las diferencias no son accesorias, sino estructurales? Estas inquietudes atraviesan cada página, no como dilemas abstractos, sino como realidades que se viven en hospitales, comunidades y espacios de formación.

A lo largo de sus capítulos, el texto transita desde los fundamentos conceptuales de la interculturalidad hasta las prácticas concretas que se desarrollan en escenarios clínicos y comunitarios. Se detiene en los saberes ancestrales, no como elementos folclóricos, sino como sistemas de conocimiento que han sostenido la vida durante generaciones. Explora el rol de la enfermería como agente de mediación, analiza experiencias de atención en contextos específicos y proyecta, con cautela, pero con convicción, los desafíos que se avecinan en un mundo atravesado por transformaciones sociales, tecnológicas y ambientales.

Hay, en estas páginas, una intención clara de reconciliar miradas. No desde la ingenuidad de pensar que todo encaja sin fricción, sino desde la certeza de que el diálogo es posible y necesario. La salud intercultural no es una meta ya alcanzada, es un proceso en construcción, a veces lento, a veces contradictorio, pero profundamente urgente. En ese proceso, la enfermería tiene la oportunidad y también la responsabilidad de liderar cambios que trascienden lo técnico y se adentran en lo ético, lo humano y lo relacional.

Este libro, entonces, no solo busca informar, sino también provocar una toma de conciencia. Invita a mirar el cuidado desde otro lugar, a cuestionar certezas, a reconocer que en la diversidad habita una forma más amplia de entender la vida y la salud. Hay esperanza en esa búsqueda. Una esperanza que no se construye desde el discurso, sino desde la práctica cotidiana de quienes, en medio de contextos complejos, siguen apostando por un cuidado más digno, más respetuoso y profundamente humano.



**Capítulo I: Fundamentos de la Enfermería Intercultural
en el Ecuador**

Fundamentos de la Enfermería Intercultural en el Ecuador

La enfermería intercultural en el Ecuador surge como una respuesta necesaria ante la complejidad social, cultural y territorial que caracteriza al país, no se trata únicamente de adaptar prácticas clínicas a contextos diversos, sino de reconocer que el cuidado en salud está profundamente influenciado por creencias, saberes ancestrales y formas propias de entender el bienestar y la enfermedad. En este escenario, la labor de enfermería adquiere una dimensión más amplia, donde la sensibilidad cultural deja de ser un complemento y se convierte en un eje central del ejercicio profesional.

Hablar de interculturalidad en salud implica mirar más allá de los protocolos establecidos y abrir espacios de diálogo entre distintos sistemas de conocimiento. En muchas comunidades ecuatorianas, especialmente en zonas rurales y pueblos originarios, las prácticas de cuidado se sostienen en tradiciones transmitidas por generaciones. La enfermería, al integrarse en estos contextos, no solo brinda atención, sino que también aprende, interpreta y construye puentes que permiten una atención más cercana, respetuosa y efectiva.

El presente capítulo invita a comprender la enfermería intercultural como un campo dinámico, donde convergen la ética, la comunicación y la capacidad de adaptación; donde el profesional de enfermería no actúa únicamente como ejecutor de procedimientos, sino como mediador entre el sistema de salud formal y las realidades culturales de los pacientes. Esta mediación exige habilidades que van desde la escucha activa hasta la interpretación de prácticas simbólicas que, aunque distintas al modelo biomédico, poseen un valor significativo en la vida de las personas.

En el contexto ecuatoriano, la riqueza cultural representa tanto un desafío como una oportunidad para el fortalecimiento del cuidado en salud, la diversidad de lenguas, cosmovisiones y prácticas tradicionales invita a replantear la formación y el ejercicio profesional de la enfermería. Comprender esta diversidad no solo mejora la calidad de la atención, sino que también dignifica al paciente,

reconociéndolo como un sujeto integral cuya identidad cultural es parte esencial de su proceso de cuidado.

1.1. Concepto de interculturalidad en salud

Comprender la interculturalidad en salud exige ir más allá de una definición formal y acercarse a su sentido más profundo: la posibilidad real de encuentro entre diferentes formas de entender la vida, el cuerpo y el cuidado. En el contexto latinoamericano, esta noción no surge como una tendencia teórica, sino como una necesidad histórica frente a la diversidad de pueblos, lenguas y cosmovisiones que han convivido —no siempre en condiciones equitativas— dentro de los sistemas de salud. La interculturalidad, en este sentido, se configura como un principio orientador que busca equilibrar relaciones, reconocer saberes y transformar prácticas.

Desde una perspectiva académica, la interculturalidad en salud puede entenderse como un proceso de interacción respetuosa entre el modelo biomédico y los sistemas de medicina tradicional, donde ninguno se impone, sino que ambos dialogan en función del bienestar del paciente. Esta interacción no se limita al reconocimiento simbólico de la diversidad, sino que implica ajustes concretos en la atención, en la comunicación clínica y en la toma de decisiones terapéuticas.

En este marco, la interculturalidad en salud se articula de manera directa con el enfoque de servicios centrados en la persona promovido por la Organización Mundial de la Salud, el cual plantea que la atención debe organizarse en torno a las necesidades, valores y contextos socioculturales de las personas y sus comunidades, garantizando no solo calidad y seguridad, sino también aceptabilidad social y cultural de los servicios (World Health Organization, 2016). Desde esta perspectiva, el cuidado deja de ser un acto unilateral y se convierte en un proceso co-construido, donde pacientes, familias y profesionales participan activamente en la toma de decisiones, fortaleciendo la pertinencia del abordaje clínico en contextos diversos (Khatri et al., 2023). La evidencia reciente refuerza esta visión al señalar que los sistemas de salud más efectivos son aquellos que integran la participación comunitaria, la confianza y el reconocimiento de la diversidad cultural como elementos estructurales del

cuidado, lo que permite mejorar la adherencia terapéutica y la continuidad de la atención (Hafiz et al., 2024). En consonancia con ello, el enfoque de competencia cultural subraya que la calidad asistencial depende también de la capacidad del personal de salud para comprender creencias, valores y prácticas culturales, adaptando la comunicación y las intervenciones clínicas a dichas realidades, lo que consolida a la interculturalidad no como un complemento, sino como un eje esencial para lograr una atención verdaderamente humanizada e inclusiva (Health Policy Institute, 2003).

En el caso ecuatoriano, este enfoque adquiere un respaldo jurídico que refuerza su importancia dentro del sistema de salud. La Constitución reconoce al país como un Estado plurinacional e intercultural, lo que obliga a que los servicios públicos, incluidos los de salud, incorporen esta visión en su funcionamiento. No se trata solo de un reconocimiento simbólico, sino de un mandato que exige garantizar el respeto a las prácticas ancestrales y a la diversidad cultural en los procesos de atención.

En coherencia con este mandato constitucional, diversos estudios han evidenciado que la incorporación de la interculturalidad en salud no solo responde a un principio normativo, sino a la necesidad de garantizar derechos colectivos vinculados a la identidad, la autodeterminación y la preservación de los saberes ancestrales. En el contexto ecuatoriano, la salud intercultural se configura como un campo donde convergen políticas públicas, prácticas comunitarias y marcos jurídicos que buscan legitimar la medicina tradicional y promover un diálogo horizontal entre sistemas de conocimiento, superando históricas relaciones de subordinación (Romo et al., 2020).

Asimismo, la literatura señala que abordar la atención sanitaria desde un enfoque de derechos colectivos resulta clave para reducir inequidades estructurales, ya que permite reconocer las necesidades específicas de los pueblos y nacionalidades, fortaleciendo la confianza en el sistema de salud y mejorando el acceso y la calidad del servicio (Tubay-Zambrano et al., 2023). La concepción del Estado plurinacional implica no solo el reconocimiento jurídico de la diversidad, sino la transformación de las instituciones para que integren activamente los conocimientos, prácticas y valores culturales de las

comunidades en los procesos de atención, consolidando así un modelo de salud más inclusivo, equitativo y culturalmente pertinente (Lema-Paltan et al., 2025).

El modelo de salud intercultural, en este escenario, se construye como una propuesta integradora que articula dos grandes dimensiones: por un lado, el conocimiento científico occidental, basado en evidencia y protocolos clínicos; por otro, los saberes ancestrales que han sido transmitidos por generaciones y que continúan vigentes en muchas comunidades. Este modelo no busca sustituir uno por otro, sino generar un espacio de complementariedad donde ambos aporten desde su lógica, respetando sus límites y potencialidades.

En la práctica, esta articulación se traduce en escenarios donde el personal de enfermería y los equipos de salud interactúan con parteras, curanderos o líderes comunitarios, reconociendo su rol dentro del proceso de cuidado. La relación entre estos sistemas no siempre es sencilla, ya que implica superar barreras de desconfianza, prejuicios y diferencias epistemológicas. Sin embargo, cuando se logra construir un diálogo genuino, los resultados suelen reflejarse en una mayor adherencia a los tratamientos, una mejor comprensión del proceso de salud-enfermedad y un fortalecimiento del vínculo entre la comunidad y los servicios de salud.

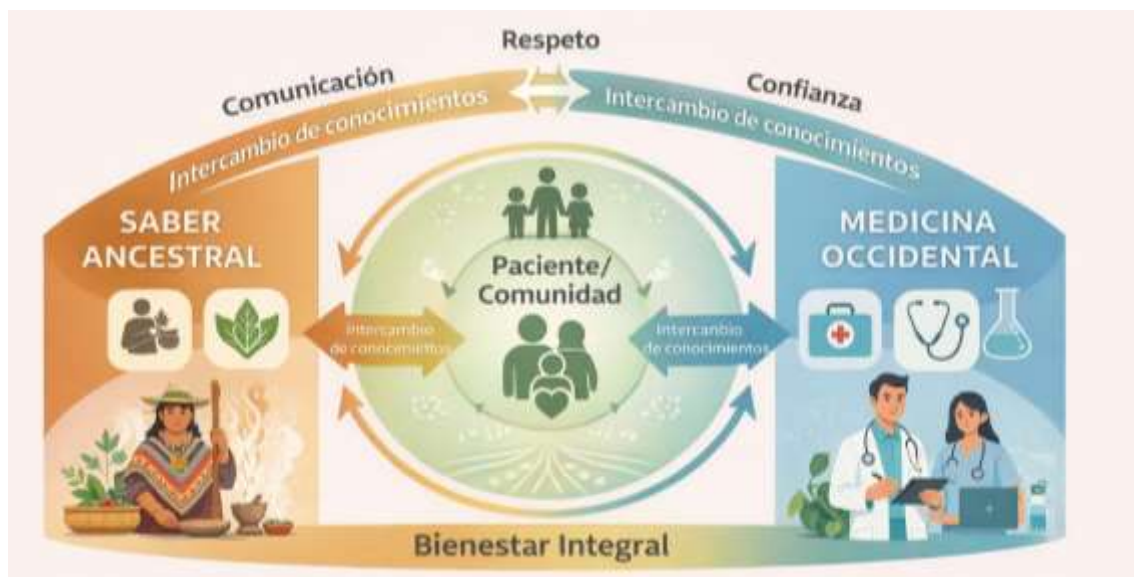
La Organización Panamericana de la Salud ha señalado la necesidad de avanzar hacia sistemas de salud que integren la interculturalidad como un componente estructural y no como una práctica aislada. Esto implica formar profesionales capaces de comprender contextos culturales diversos, adaptar su lenguaje y reconocer que el cuidado no es universal en su forma, sino en su propósito. En esta línea, la Organización Panamericana de la Salud ha enfatizado que avanzar hacia sistemas sanitarios interculturales en América Latina requiere reconocer la salud de los pueblos indígenas desde una perspectiva integral, donde los determinantes sociales, culturales y territoriales influyen directamente en el bienestar colectivo, superando enfoques exclusivamente biomédicos (Di Fabio et al., 2007).

De manera complementaria, la OPS sostiene que la incorporación del enfoque intercultural debe ir acompañada de la participación activa de las comunidades en la toma de decisiones, el reconocimiento de la medicina tradicional y la

generación de políticas públicas que garanticen equidad en el acceso a los servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2023). Este planteamiento se refuerza al considerar que América Latina es una de las regiones con mayor diversidad cultural, pero también con profundas desigualdades en salud, lo que exige transformar los sistemas sanitarios para que respondan a dicha heterogeneidad mediante estrategias basadas en el diálogo de saberes y la pertinencia cultural. En consecuencia, la interculturalidad en salud, desde la visión de la OPS, no solo constituye una estrategia técnica, sino un enfoque político y ético orientado a garantizar los derechos colectivos de los pueblos indígenas, fortaleciendo su autonomía, identidad cultural y participación en la construcción de modelos de atención más justos e inclusivos (Organización Panamericana de la Salud, 2026).

Figura 1.

Modelo de salud intercultural integral



En definitiva, la interculturalidad en salud no es una meta alcanzada, sino un proceso en construcción que exige apertura, sensibilidad y compromiso. En el campo de la enfermería comunitaria, esta perspectiva cobra un valor especial, ya que el profesional se convierte en un actor clave para acercar mundos que, aunque distintos, comparten un mismo propósito: cuidar la vida desde la comprensión profunda de quienes la viven.

1.2. Ecuador como Estado plurinacional y diversidad cultural

Hablar del Ecuador es hablar de una tierra donde conviven múltiples formas de entender el mundo. No es solo una cuestión geográfica, es una experiencia viva de diversidad que se expresa en lenguas, rituales, formas de organización y maneras de cuidar la salud. La noción de Estado plurinacional no aparece como un concepto abstracto, sino como el reconocimiento de esta riqueza que ha existido desde mucho antes de la conformación del Estado moderno. En cada territorio, desde la Sierra hasta la Amazonía, pasando por la Costa y la región insular, se perciben identidades que dialogan, resisten y se transforman.

El reconocimiento constitucional del Ecuador como Estado plurinacional e intercultural marca un punto de inflexión en la forma de entender la convivencia social. Este reconocimiento no solo legitima la existencia de los pueblos indígenas y nacionalidades, sino que también exige que las instituciones públicas, incluido el sistema de salud, se adapten a esta realidad diversa. En efecto, este reconocimiento constitucional se sustenta de manera explícita en el artículo 1 de la Constitución de la República del Ecuador, donde se establece que el país es un “Estado constitucional de derechos y justicia... intercultural y plurinacional”, lo que implica no solo la aceptación de la diversidad, sino la obligación de reorganizar el ejercicio del poder y las políticas públicas en función de múltiples identidades culturales (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

Desde la perspectiva académica, diversos estudios coinciden en que este giro constitucional representa una ruptura con el modelo monocultural del Estado-nación, al legitimar los derechos colectivos de los pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatorianos y montubios como sujetos históricos con capacidad de autodeterminación (Madrid-Tamayo, 2019). Asimismo, se plantea que la plurinacionalidad no se limita a un reconocimiento jurídico, sino que exige la redistribución del poder y la incorporación efectiva de estos pueblos en los espacios de decisión, lo que convierte a la interculturalidad en un principio operativo para la construcción de políticas públicas más equitativas (Rodríguez-Cruz, 2017). En este contexto, la interculturalidad se configura como un eje articulador entre el derecho y la práctica social, orientado a superar las

desigualdades históricas y a garantizar que los sistemas institucionales — incluido el de salud— respondan de manera pertinente a la diversidad cultural del país, consolidando así un modelo de Estado más inclusivo, participativo y coherente con el principio del Buen Vivir.

En el país habitan diversas nacionalidades indígenas, especialmente en la región amazónica, donde pueblos como los Kichwa, Shuar, Achuar, Waorani, Cofán, Siona, Secoya, Shiwiar y Zápara mantienen vivas sus prácticas culturales y sistemas de conocimiento. Cada uno de estos pueblos posee una relación particular con la naturaleza, entendida no como un recurso, sino como un ser vivo con el que se interactúa de manera espiritual y cotidiana. Este vínculo influye directamente en su concepción de la salud, donde el equilibrio entre cuerpo, comunidad y entorno es fundamental.

A nivel nacional, los datos reflejan la magnitud de esta diversidad. Según información del Instituto Nacional de Estadística y Censos, una parte significativa de la población ecuatoriana se autoidentifica como perteneciente a un pueblo o nacionalidad indígena, además de la presencia de pueblos afroecuatorianos y montubios que también aportan a la riqueza cultural del país. En este sentido, los datos oficiales del Censo de Población y Vivienda 2022 evidencian con claridad la magnitud de la diversidad étnica del país, mostrando que aproximadamente el 7,7% de la población se autoidentifica como indígena, el 7,7% como montubia y cerca del 4,8% como afroecuatoriana, mientras que la mayoría se reconoce como mestiza (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2022; Noboa, 2023).

Estas cifras no solo reflejan la coexistencia de múltiples identidades culturales dentro del territorio ecuatoriano, sino que también ponen en evidencia la necesidad de diseñar políticas públicas diferenciadas que respondan a realidades socioculturales diversas. Desde una perspectiva crítica, diversos organismos y estudios han señalado que la autoidentificación étnica constituye un elemento fundamental para visibilizar históricas desigualdades y orientar la planificación estatal hacia enfoques más inclusivos, particularmente en sectores como la salud, donde las barreras culturales, lingüísticas y territoriales siguen condicionando el acceso y la calidad de la atención (Instituto Nacional de

Estadística y Censos, 2022). En consecuencia, estos datos no solo cuantifican la diversidad, sino que interpelan directamente al Estado a fortalecer modelos de atención intercultural que reconozcan y respondan de manera efectiva a la pluralidad de pueblos y nacionalidades presentes en el Ecuador.(Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2022).

Desde el ámbito de la salud, el Ministerio de Salud Pública ha avanzado en la incorporación de enfoques interculturales, reconociendo la importancia de los saberes tradicionales en el cuidado de la salud. En muchas comunidades, el primer contacto ante una dolencia no es un hospital, sino un sabio ancestral, una partera o un curandero, quienes interpretan el malestar desde una lógica distinta a la biomédica, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha institucionalizado este enfoque a través del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), el cual reconoce explícitamente la necesidad de articular los saberes ancestrales con la medicina occidental dentro de un sistema centrado en las personas, la familia y la comunidad (Lineamientos Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud, 2015; Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013). Este modelo plantea la reorganización del sistema sanitario hacia una atención integral que incorpore la pertinencia cultural, el respeto a la diversidad y la participación comunitaria como principios fundamentales, superando el enfoque exclusivamente biologicista que históricamente ha predominado en la atención médica.

En este marco, se reconoce que los actores tradicionales de salud —como parteras, yachaks o curanderos— cumplen un rol clave en los territorios, no solo como proveedores de cuidado, sino como mediadores culturales que interpretan la salud y la enfermedad desde cosmovisiones propias. De este modo, el MAIS-FCI no busca sustituir estos sistemas, sino integrarlos mediante estrategias de complementariedad que permitan fortalecer la accesibilidad, la confianza y la efectividad de los servicios de salud en contextos culturalmente diversos, consolidando así un modelo más inclusivo y coherente con la realidad plurinacional del país.

La Secretaría de Pueblos y Nacionalidades ha resaltado la importancia de preservar estas identidades culturales como parte del patrimonio vivo del país.

No se trata únicamente de proteger tradiciones, sino de garantizar que estas formas de vida puedan coexistir con los modelos contemporáneos sin perder su esencia.

En este contexto, la institucionalidad ecuatoriana ha enfatizado que la diversidad cultural constituye un elemento esencial para la construcción del Estado, promoviendo políticas orientadas a la protección, fortalecimiento y revitalización de las identidades de los pueblos y nacionalidades como patrimonio vivo del país. Desde esta perspectiva, se reconoce que estas identidades no son estáticas ni meramente tradicionales, sino dinámicas y en constante interacción con los procesos sociales contemporáneos, lo que exige generar condiciones para su desarrollo sin procesos de asimilación o pérdida cultural. Asimismo, se plantea que el respeto a la diversidad implica garantizar derechos colectivos vinculados al territorio, la lengua, la organización social y los sistemas propios de conocimiento, elementos fundamentales para la reproducción cultural de estos pueblos (Cortez-Coroso et al., 2025). En este sentido, la diversidad cultural deja de ser concebida como un desafío para la gobernanza, posicionándose como un recurso estratégico que fortalece la cohesión social, enriquece las formas de convivencia y aporta a la construcción de un modelo de desarrollo más inclusivo, equitativo y acorde a la realidad plurinacional del Ecuador.

Tabla 1.

Diversidad cultural en Ecuador

Nacionalidad / Pueblo	Región predominante	Población aproximada (INEC 2022)	Sistema de salud tradicional
Kichwa (Sierra y Amazonía)	Sierra (Andes) y Amazonía	~1.1 millones	Uso de plantas medicinales, rituales andinos, equilibrio entre cuerpo–espíritu (sumak kawsay), atención por yachaks (sabios ancestrales).
Shuar	Amazonía (Morona Santiago, Zamora Chinchipe)	~80,000	Medicina basada en plantas amazónicas, prácticas espirituales, uso de rituales de limpieza energética y guía de uwishin (curandero).

Waorani	Amazonía (Orellana, Pastaza)	~4,000	Conocimiento profundo de la selva, uso de plantas medicinales, prácticas comunitarias y enfoque holístico de salud ligado al territorio. Medicina natural basada en plantas, interpretación espiritual de enfermedades, uso de rituales y transmisión oral del conocimiento.
Achuar	Amazonía (Pastaza, Morona Santiago)	~10,000	Uso de plantas medicinales, baños rituales, prácticas espirituales dirigidas por ponés (sabios tradicionales). Medicina tradicional basada en hierbas, sobadores, partería, prácticas espirituales afrodescendientes y atención comunitaria.
Tsáchila	Costa (Santo Domingo de los Tsáchilas)	~3,000	Uso de medicina natural, remedios caseros, parteras tradicionales, fuerte vínculo con el entorno rural y prácticas familiares de cuidado.
Afroecuatorianos	Costa (Esmeraldas) y Sierra (Valle del Chota)	~1 millón	Uso de plantas del bosque húmedo, prácticas espirituales, medicina ligada al territorio y saberes ancestrales transmitidos oralmente.
Montubios	Costa rural (Manabí, Guayas, Los Ríos)	~1.2 millones	
Awá	Costa norte (Esmeraldas, Carchi)	~13,000	

Mirar al Ecuador desde esta perspectiva implica comprender que no existe una única forma de vivir ni de sanar. Cada pueblo aporta una visión que, lejos de ser incompatible, puede enriquecer el sistema de salud si se le da el espacio adecuado. Para la enfermería, especialmente en contextos comunitarios y amazónicos, este entendimiento no es opcional, es una condición necesaria para brindar un cuidado que realmente conecte con las personas.

Así, la plurinacionalidad deja de ser un enunciado político para convertirse en una guía práctica que orienta la acción en territorio. En el contacto directo con

las comunidades, se vuelve evidente que la diversidad no se estudia únicamente en documentos, se aprende escuchando, observando y compartiendo. Es en ese encuentro donde la enfermería adquiere un sentido más humano, más cercano y profundamente respetuoso de la vida en todas sus formas.

1.3. Enfermería intercultural como modelo de cuidado

La enfermería intercultural no puede entenderse como una simple adaptación técnica dentro del sistema de salud; más bien, se configura como una forma distinta de mirar el cuidado. En territorios donde la diversidad cultural es parte de la vida cotidiana, el acto de cuidar adquiere matices que no siempre están presentes en los manuales clínicos. La enfermería, en este contexto, se transforma en un puente vivo entre conocimientos, sensibilidades y realidades que conviven en un mismo espacio, aunque no siempre se comprendan entre sí.

El rol del profesional de enfermería se amplía de manera significativa cuando se sitúa en escenarios interculturales. Ya no basta con ejecutar procedimientos o seguir protocolos establecidos, se vuelve necesario interpretar gestos, silencios, creencias y prácticas que forman parte de la identidad del paciente. En muchos casos, una intervención efectiva comienza mucho antes de cualquier técnica clínica, empieza en la capacidad de generar confianza, de mostrarse cercano y de reconocer al otro desde su propia historia.

La evidencia científica ha demostrado que el rol del profesional de enfermería en contextos interculturales implica el desarrollo de competencias culturales que van más allá del conocimiento clínico, integrando habilidades comunicativas, sensibilidad cultural y capacidad de adaptación a distintos sistemas de creencias. Algunos estudios señalan que la enfermería culturalmente competente favorece la construcción de relaciones terapéuticas basadas en la confianza, mejora la adherencia a los tratamientos y reduce las barreras en el acceso a los servicios de salud (Červený et al., 2022; Osmančević et al., 2023; Tigrero-Pilay et al., 2025a). Desde una perspectiva más reciente, la literatura destaca que el cuidado intercultural requiere comprender al paciente en su contexto social y cultural, promoviendo una atención humanizada que reconozca sus valores, prácticas y experiencias de vida como parte fundamental del

proceso de cuidado (Soleimani y Yarahmadi, 2023; Verdezoto-Michuy et al., 2025).

La humanización del cuidado encuentra en la interculturalidad un terreno fértil para desarrollarse con mayor profundidad. No se trata únicamente de tratar bien al paciente, sino de comprender que su experiencia de salud está atravesada por elementos culturales, espirituales y comunitarios que no pueden ser ignorados. Cuando la enfermería logra integrar esta comprensión, el cuidado deja de ser un acto mecánico y se convierte en una experiencia significativa tanto para quien cuida como para quien recibe el cuidado.

En la relación con la comunidad, la enfermería intercultural adquiere un carácter aún más cercano y participativo. El profesional no se posiciona como un agente externo que impone conocimientos, sino como alguien que se integra, observa y aprende. En este proceso, las comunidades no solo son receptoras de atención, también son portadoras de saberes que enriquecen la práctica profesional. Este intercambio, cuando se da de forma respetuosa, fortalece los vínculos y mejora la efectividad de las intervenciones en salud.

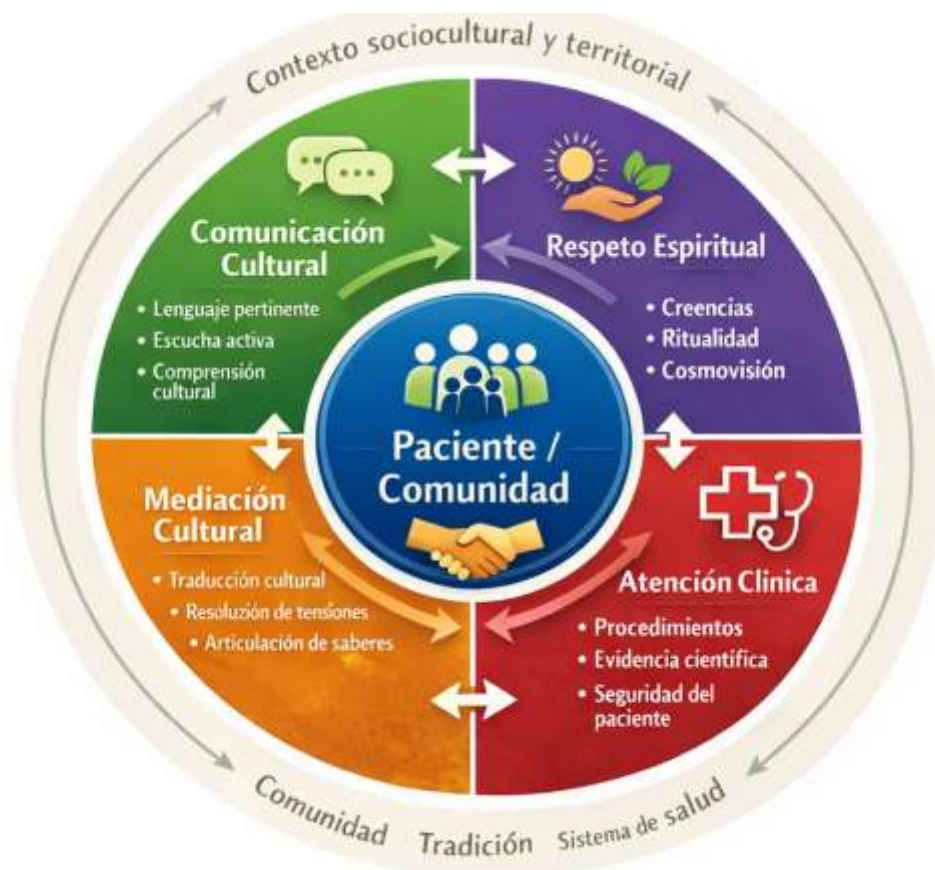
Uno de los mayores desafíos en este modelo de cuidado radica en la mediación cultural. Muchas veces, las diferencias entre el sistema biomédico y las prácticas tradicionales pueden generar tensiones o malentendidos. Aquí, la enfermería cumple un papel clave al facilitar el diálogo, traducir significados y encontrar puntos de encuentro que permitan una atención coherente y respetuosa. Esta mediación no implica tomar partido, sino construir acuerdos que prioricen el bienestar del paciente sin deslegitimar su cultura.

Uno de los mayores desafíos en este modelo de cuidado radica en la mediación cultural. Muchas veces, las diferencias entre el sistema biomédico y las prácticas tradicionales pueden generar tensiones o malentendidos. Aquí, la enfermería cumple un papel clave al facilitar el diálogo, traducir significados y encontrar puntos de encuentro que permitan una atención coherente y respetuosa. Esta mediación no implica tomar partido, sino construir acuerdos que prioricen el bienestar del paciente sin deslegitimar su cultura. En este sentido, la literatura reciente evidencia que la comunicación intercultural en salud constituye un proceso relacional complejo, caracterizado por la coexistencia de acuerdos y

discrepancias entre profesionales, pacientes y mediadores, donde las diferencias en códigos culturales, expectativas y concepciones de enfermedad condicionan la calidad del encuentro terapéutico (Ramos-Roure et al., 2024). Asimismo, la mediación intercultural sanitaria se consolida como un mecanismo estructural que no solo facilita la comprensión lingüística, sino que reduce asimetrías, mejora la equidad en el acceso y fortalece la relación terapéutica al integrar dimensiones socioculturales en la práctica clínica (Ruíz-Hernández, 2023). Desde esta perspectiva, la enfermería intercultural se posiciona como un eje estratégico para la humanización del cuidado, al articular competencias comunicativas, sensibilidad cultural y capacidad de negociación ética en contextos de diversidad.

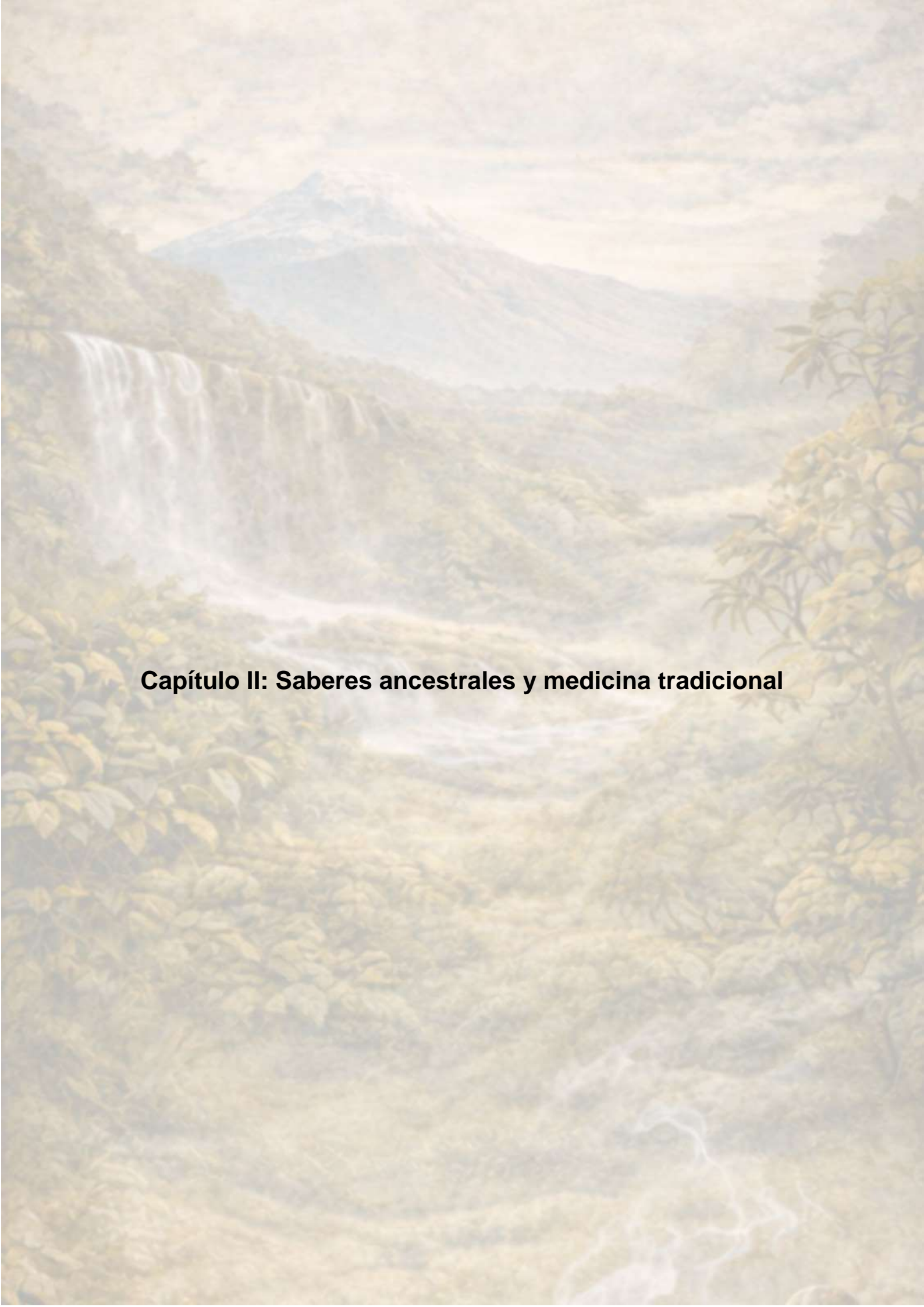
Figura 2.

Modelo de cuidado intercultural en salud



Asumir la enfermería intercultural como modelo de cuidado implica, en el fondo, un cambio de mirada. Significa reconocer que el cuidado no es universal en su

forma, aunque sí en su intención. En ese reconocimiento, la enfermería encuentra una oportunidad para ejercer su práctica con mayor sensibilidad, construyendo relaciones más humanas y contribuyendo a un sistema de salud que dialogue con la diversidad en lugar de ignorarla.

A misty, mountainous landscape with a waterfall and dense vegetation. The scene is dominated by lush greenery and a large, snow-capped mountain peak in the background. A waterfall cascades down the left side of the frame, and a river flows through the center. The overall atmosphere is serene and natural.

Capítulo II: Saberes ancestrales y medicina tradicional

Saberes ancestrales y medicina tradicional

Los saberes ancestrales y la medicina tradicional constituyen una expresión viva de la relación profunda entre las comunidades y su entorno. No se trata únicamente de prácticas curativas, sino de sistemas complejos de conocimiento que integran la observación de la naturaleza, la experiencia acumulada a lo largo de generaciones y una comprensión holística del ser humano. En estos sistemas, la salud no se percibe como la simple ausencia de enfermedad, sino como un estado de equilibrio entre el cuerpo, la mente, el espíritu y el entorno que lo rodea.

En el marco ecuatoriano, caracterizado por su diversidad cultural y geográfica, estos saberes adquieren una relevancia particular, cada pueblo y nacionalidad ha desarrollado formas propias de comprender el proceso salud–enfermedad, utilizando recursos naturales, rituales simbólicos y prácticas comunitarias que responden a su cosmovisión. Estas prácticas no solo han perdurado en el tiempo, sino que continúan siendo una opción de cuidado para amplios sectores de la población, especialmente en territorios donde la medicina convencional no siempre logra responder de manera pertinente a las necesidades culturales y sociales.

Reconocer el valor de la medicina tradicional implica también replantear la forma en que se construyen los modelos de atención en salud. Más allá de establecer comparaciones, se abre la posibilidad de generar diálogos respetuosos entre diferentes sistemas de conocimiento, donde la complementariedad permita enriquecer las prácticas de cuidado. Este capítulo invita a comprender estos saberes desde una mirada integradora, reconociendo su legitimidad, su vigencia y su potencial para contribuir a formas de atención más humanas, cercanas y culturalmente pertinentes.

2.1. Medicina ancestral ecuatoriana

La medicina ancestral ecuatoriana nace de una manera particular de entender la vida, donde el ser humano no se concibe aislado, sino profundamente vinculado con la naturaleza, la comunidad y lo espiritual. En la cosmovisión indígena, la salud no se reduce a un diagnóstico clínico, sino que se interpreta como un

estado de armonía que puede alterarse cuando se rompe el equilibrio con el entorno o con las propias energías internas. Esta forma de comprender el bienestar ha sido transmitida de generación en generación, no a través de textos formales, sino mediante la palabra, la experiencia y la práctica cotidiana, lo que le otorga un carácter vivo y dinámico.

En muchos territorios del Ecuador, hablar de medicina tradicional es hablar de saberes que siguen acompañando la vida diaria de las personas. No es extraño que, frente a un malestar, se recurra primero a un miembro de la comunidad que posee conocimientos sobre plantas medicinales o prácticas de sanación. Estas decisiones no responden únicamente a la accesibilidad, sino a la confianza construida históricamente y a la cercanía cultural que ofrecen estos sistemas de cuidado. La medicina ancestral, en este sentido, no es una alternativa marginal, sino una forma legítima de atención que convive con la medicina occidental en múltiples contextos.

Dentro de esta práctica, los yachaks, parteras, sobadores y otros sabios comunitarios cumplen un rol fundamental. Su intervención va más allá de lo físico; implica escuchar, interpretar señales, comprender emociones y, en muchos casos, acompañar procesos espirituales que son invisibles para la lógica biomédica. Esta relación cercana entre el sanador y la persona genera un vínculo de confianza que se convierte en parte esencial del proceso terapéutico.

En este sentido, la evidencia científica reciente permite comprender que estas figuras no solo encarnan un saber empírico, sino que forman parte de sistemas complejos de atención que integran dimensiones físicas, espirituales y comunitarias del cuidado. Diversos estudios muestran que la medicina ancestral en Ecuador aborda la enfermedad desde una visión holística, donde los procesos terapéuticos incluyen no solo el tratamiento del cuerpo, sino también el equilibrio emocional, espiritual y social del individuo, utilizando prácticas transmitidas intergeneracionalmente y profundamente arraigadas en la cosmovisión de cada pueblo (Romero-Tapias et al., 2022). Asimismo, investigaciones sobre partería tradicional evidencian que estas prácticas constituyen formas de resistencia cultural y espacios de cuidado humanizado, en los que el acompañamiento cercano, el uso de plantas medicinales y los rituales simbólicos fortalecen la

experiencia de sanación y el vínculo comunitario (Córdoba-Villota y Velasquez-Mantilla, 2023). A ello se suma que los saberes ancestrales, reconocidos como patrimonio cultural inmaterial, no solo preservan la identidad de los pueblos, sino que aportan conocimientos valiosos para la comprensión integral de la salud, reforzando la necesidad de su integración respetuosa dentro de los sistemas sanitarios contemporáneos (Zada-González y Bravo-Placeres, 2023).

Las plantas medicinales ocupan un lugar central en este sistema. Cada hoja, raíz o corteza no solo posee propiedades curativas, sino también significados culturales que orientan su uso. La selección de una planta, la forma de preparación y el momento de su aplicación no son decisiones aleatorias, sino que responden a un conocimiento profundo del entorno natural y de sus ciclos. En este sentido, la medicina ancestral se configura también como una práctica de respeto hacia la biodiversidad, donde el cuidado de la naturaleza es inseparable del cuidado de la salud.

Sin embargo, comprender la medicina ancestral ecuatoriana exige ir más allá de una mirada romántica o folclórica. Se trata de un sistema complejo que articula dimensiones físicas, sociales y espirituales, donde cada intervención tiene un sentido dentro de una red de significados culturales. Cuando este enfoque no es comprendido, pueden surgir tensiones con el modelo biomédico, especialmente en contextos institucionales donde prevalecen protocolos estandarizados que no siempre logran incorporar estas particularidades.

En los últimos años, el reconocimiento institucional de estos saberes ha comenzado a tomar mayor relevancia. Desde el ámbito de la salud pública, se han impulsado iniciativas que buscan integrar la medicina tradicional dentro de los sistemas de atención, promoviendo un enfoque intercultural que respete las prácticas ancestrales. Este proceso no ha sido sencillo, pero representa un paso importante hacia la construcción de modelos más inclusivos.

En este marco, la literatura reciente evidencia que la institucionalización de la interculturalidad en salud ha avanzado principalmente a través de modelos como el MAIS-FCI en Ecuador, los cuales buscan articular la medicina ancestral y el sistema biomédico dentro de una misma estructura de atención. Sin embargo, estos esfuerzos no están exentos de tensiones, ya que persiste una fuerte

hegemonía del modelo biomédico que, en la práctica, puede limitar la integración real de los saberes tradicionales, reduciendo la interculturalidad a un discurso más que a una transformación efectiva del cuidado (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013; Quiroz-Hidrovo et al., 2024).

Aun así, estos procesos han permitido visibilizar el papel de actores comunitarios, como los Técnicos de Atención Primaria de Salud, quienes funcionan como puentes culturales entre ambos sistemas, facilitando la comunicación y promoviendo una atención más contextualizada. De manera complementaria, otros estudios destacan que la inclusión progresiva de parteras, sanadores y prácticas tradicionales en políticas públicas representa un avance hacia modelos de salud más inclusivos, aunque todavía se requiere fortalecer la formación intercultural del personal sanitario y generar espacios reales de diálogo horizontal para consolidar esta integración (Panchi-Chancusig et al., 2022).

La medicina tradicional continúa desempeñando un papel activo y estructurado dentro de la atención en comunidades indígenas, particularmente en el ámbito materno, donde prácticas como el uso de plantas medicinales, rituales y el acompañamiento de parteras no solo responden a una lógica terapéutica, sino también a dimensiones emocionales y espirituales del cuidado, fortaleciendo el vínculo entre la mujer y su entorno comunitario. Sin embargo, este mismo cuerpo de investigación advierte que, pese al reconocimiento institucional creciente, la integración efectiva entre la medicina ancestral y el modelo biomédico aún enfrenta importantes limitaciones, asociadas principalmente a la persistencia de enfoques hegemónicos, la insuficiente formación intercultural del personal sanitario y la desconfianza histórica de las comunidades hacia los servicios de salud convencionales, lo que pone en evidencia que la interculturalidad en salud no es un estado alcanzado, sino un proceso dinámico que exige transformaciones profundas en la práctica clínica y en la organización de los sistemas sanitarios (Yépez-Pazos et al., 2025).

Este reconocimiento no implica sustituir un sistema por otro, sino generar espacios de diálogo donde ambos puedan complementarse. En la práctica, esto se traduce en la posibilidad de que un paciente reciba atención clínica sin tener

que renunciar a sus creencias o prácticas culturales. La clave está en construir puentes que permitan entender que la diversidad de saberes no es una debilidad del sistema de salud, sino una oportunidad para enriquecerlo y hacerlo más cercano a las realidades de las personas.

Figura 3.

Mapa conceptual de los sistemas de medicina ancestral



2.2. Plantas medicinales en el cuidado de salud

Las plantas medicinales forman parte del tejido cotidiano de muchas comunidades ecuatorianas. No aparecen como recursos aislados, sino como elementos profundamente integrados a la vida, al territorio y a la memoria colectiva. Desde edades tempranas, las personas aprenden a reconocerlas, a diferenciarlas por su aroma, su forma o el lugar donde crecen, y a entender que cada una tiene un propósito dentro del cuidado de la salud. Esta transmisión no ocurre en espacios formales, sino en la convivencia diaria, en conversaciones familiares o en el acompañamiento a quienes poseen mayor conocimiento.

En el cuidado de la salud, estas plantas no se utilizan únicamente por sus propiedades físicas. Su valor también está ligado a la forma en que se preparan y al contexto en el que se aplican. Una infusión, un baño o una cataplasma no son simples procedimientos; implican tiempos, rituales y significados que

refuerzan la relación entre quien cuida y quien recibe el cuidado. En muchos casos, el efecto terapéutico se construye tanto desde lo biológico como desde lo simbólico, generando una experiencia de atención que resulta cercana y comprensible para la persona.

Ecuador se posiciona como un referente global de salud natural al ser uno de los países con mayor biodiversidad del planeta, albergando aproximadamente el 10% de las especies vegetales del mundo en su territorio. Esta inmensa riqueza no es solo un dato estadístico, sino el cimiento de prácticas etnobotánicas que han evolucionado de la mano con las comunidades, adaptándose a las realidades geográficas y culturales de cada rincón del país. En la Amazonía, por ejemplo, el conocimiento sobre las plantas es un vínculo sagrado y estrecho con la selva primaria, de donde proviene el 69% de las especies medicinales utilizadas por nacionalidades como la Kichwa y la Shuar. En contraste, en la Sierra, la sabiduría ancestral florece en los ecosistemas de altura, valles y nevados, donde el clima y la geografía han permitido conservar un "regalo florístico" único que sirve como atención primaria para la población.

Cada región aporta no solo especies distintas, sino también el alma de su gente a través de formas propias de preparación y uso. En las profundidades de la selva amazónica, la dureza y el carácter leñoso de las plantas favorecen técnicas como la cocción y la trituración, fundamentales para extraer los principios activos de especies emblemáticas como la guayusa o la sangre de drago. Por otro lado, en los hogares de la Sierra, la infusión es la reina de las preparaciones, siendo el método predilecto para aprovechar las bondades de hierbas como la manzanilla, el llantén y el orégano.

Lo que verdaderamente humaniza este conocimiento es su transmisión: no se trata de fórmulas frías, sino de un legado familiar. El 78% de los portadores de este saber en la Amazonía y más del 73% en la Sierra lo han recibido de sus padres y abuelos. Son las madres de familia y los ancianos quienes actúan como los verdaderos custodios de este patrimonio cultural inmaterial, asegurando que la conexión entre el bienestar humano y la naturaleza permanezca vigente frente a los retos de la modernidad.

A continuación, se presenta una tabla comparativa con información contextual sobre estas dos regiones:

Tabla 2.

Contexto Etnobotánico Regional en Ecuador

Característica	Región Amazónica	Región Sierra / Pie de Monte
Vínculo con el Entorno	Estrechamente vinculado al bosque primario (69%) y a la conservación de la "Pachamama".	Relacionado con valles, microclimas de altura y huertos caseros o patios.
Especies Emblemáticas	Sangre de drago, Guayusa, Uña de gato, Ayahuasca, Ajo sachá.	Manzanilla, Llantén, Orégano, Borraja, Eucalipto.
Métodos de Preparación	Predominan la cocción (47%) y la trituración debido a la naturaleza leñosa de las plantas.	Predomina ampliamente la infusión (90.3%) por la facilidad de uso de hojas y flores.
Parte más utilizada	Hojas (42%) seguidas de tallos y látex.	Hojas (84.5%) de manera casi exclusiva.
Transmisión de Saberes	Centrada en la familia (madres y abuelos) y rituales comunitarios como la toma de guayusa.	Centrada en el núcleo familiar y la práctica cotidiana del cuidado de la salud.
Principales usos	Dolores musculares, infecciones, purificación de sangre y rituales espirituales.	Afecciones digestivas, respiratorias, analgésicas y antiinfecciosas.

En la práctica diaria, muchas personas combinan ambos enfoques sin percibir contradicción. Pueden acudir a un centro de salud y, al mismo tiempo, utilizar plantas medicinales en casa para aliviar síntomas o complementar tratamientos. Esta coexistencia refleja una forma de entender el cuidado que no se limita a un solo sistema, sino que integra lo que resulta significativo y accesible para cada individuo. La clave, en estos casos, está en la información adecuada y en el acompañamiento respetuoso por parte de los profesionales de salud.

No obstante, también es importante reconocer que el uso de plantas medicinales requiere conocimientos precisos. No todas las plantas son seguras en cualquier contexto, ni todas las preparaciones tienen los mismos efectos. La dosificación, la interacción con medicamentos y las condiciones particulares de cada persona son aspectos que deben considerarse con cuidado. Aquí surge la necesidad de

fortalecer el diálogo entre el conocimiento ancestral y la evidencia científica, evitando tanto la desvalorización como el uso indiscriminado.

Tabla 3

Plantas medicinales en el cuidado de salud

Planta	Uso tradicional	Región	Evidencia científica
Guayusa (<i>Ilex guayusa</i>)	Estimulante natural, mejora el estado de alerta, apoyo digestivo	Amazonía	Estudios fitoquímicos reportan alto contenido de cafeína y antioxidantes; evidencia en metabolismo energético
Matico (<i>Piper aduncum</i>)	Antiinflamatorio, cicatrizante, uso en heridas y afecciones cutáneas	Sierra / Amazonía	Investigaciones evidencian actividad antimicrobiana y propiedades antiinflamatorias en extractos vegetales
Uña de gato (<i>Uncaria tomentosa</i>)	Inmunoestimulante, antiinflamatorio, apoyo en enfermedades crónicas	Amazonía	Estudios clínicos y preclínicos sugieren efectos inmunomoduladores y antiinflamatorios
Manzanilla (<i>Matricaria chamomilla</i>)	Digestivo, relajante, alivio de cólicos y ansiedad leve	Sierra / Costa	Amplia evidencia clínica sobre efectos antiespasmódicos, ansiolíticos leves y antiinflamatorios
Sangre de drago (<i>Croton lechleri</i>)	Cicatrizante, antidiarreico, uso en úlceras y heridas	Amazonía	Estudios respaldan su acción cicatrizante y antiviral; presencia de taspina con efecto regenerativo
Hierba luisa (<i>Cymbopogon citratus</i>)	Digestivo, sedante suave, alivio de malestares gastrointestinales	Costa / Sierra	Evidencia en ensayos experimentales sobre efectos relajantes y actividad antimicrobiana
Eucalipto (<i>Eucalyptus globulus</i>)	Descongestionante, uso en afecciones respiratorias	Sierra	Estudios clínicos apoyan su efecto expectorante y antimicrobiano en vías respiratorias

Este recorrido por las plantas medicinales no solo permite reconocer su valor terapéutico, también invita a reflexionar sobre la relación entre las personas y la naturaleza. En un contexto donde los sistemas de salud enfrentan múltiples desafíos, volver la mirada hacia estos saberes puede abrir nuevas posibilidades

de cuidado, siempre desde una perspectiva que combine respeto, conocimiento y responsabilidad.

2.2.1. Clasificación de plantas medicinales utilizadas en comunidades ecuatorianas

La clasificación de las plantas medicinales utilizadas en comunidades ecuatorianas responde a la necesidad de comprender estos saberes con mayor precisión, evitando miradas generalistas que suelen simplificar una realidad profundamente diversa. En el trabajo comunitario, esta organización no solo facilita el aprendizaje, también permite establecer puentes entre el conocimiento ancestral y el abordaje técnico de la salud. Desde la práctica de enfermería comunitaria, contar con una clasificación clara contribuye a orientar mejor el acompañamiento a las familias, respetando sus costumbres sin perder de vista la importancia de un uso informado y seguro.

Una de las formas más utilizadas para organizar estas plantas es a partir de su uso terapéutico. En este sentido, se identifican grupos como las plantas digestivas, frecuentemente empleadas para aliviar malestares estomacales o facilitar la digestión; las antiinflamatorias, asociadas al manejo de dolores musculares o procesos inflamatorios leves; las respiratorias, utilizadas en infusiones o vaporizaciones para descongestionar las vías aéreas; y las ginecológicas, que forman parte de cuidados tradicionales relacionados con el ciclo menstrual, el embarazo o el posparto. Esta clasificación no pretende encasillar rígidamente las plantas, ya que muchas de ellas pueden tener usos múltiples según el contexto cultural en el que se apliquen.

En diferentes comunidades del Ecuador, estos usos se encuentran documentados y continúan vigentes en la vida cotidiana. Por ejemplo, la manzanilla y la hierba luisa son reconocidas por su uso digestivo en diversas regiones; el matico es valorado por sus aplicaciones en procesos inflamatorios y cicatrización; mientras que el eucalipto se asocia comúnmente al alivio de afecciones respiratorias. En el ámbito ginecológico, ciertas plantas son utilizadas en baños o infusiones como parte de prácticas tradicionales de cuidado femenino. Estos ejemplos no solo reflejan la riqueza del conocimiento ancestral,

también evidencian la necesidad de comprender cada práctica dentro de su contexto cultural.

Este análisis adquiere mayor profundidad cuando se incorporan evidencias cuantitativas provenientes de estudios etnobotánicos recientes en la Amazonía ecuatoriana, donde se ha documentado el uso de 107 especies de plantas medicinales pertenecientes a 63 familias botánicas, empleadas para el tratamiento de al menos 78 enfermedades distintas, lo que revela no solo la amplitud del repertorio terapéutico, sino también su alto grado de sistematización dentro de las comunidades (González-Rivera et al., 2025). Resulta especialmente significativo que el 78% de los conocimientos sobre estas plantas se transmita de manera intergeneracional en el ámbito familiar, lo que confirma que no se trata de prácticas aisladas, sino de un sistema de cuidado sostenido en la memoria colectiva. Además, especies como la manzanilla, la hierba luisa o el jengibre presentan niveles de uso significativo que oscilan entre aproximadamente 15% y 22%, lo que evidencia su relevancia cotidiana dentro de la atención primaria comunitaria (Bhattacharya et al., 2024). Estos datos permiten comprender que los usos mencionados no solo responden a propiedades farmacológicas, sino que se integran en un entramado cultural donde la selección de la planta, su preparación y su aplicación están profundamente vinculadas a saberes acumulados, reforzando la necesidad de interpretar estas prácticas desde una perspectiva intercultural que articule evidencia científica y conocimiento ancestral.

En este escenario, el diálogo entre el conocimiento ancestral y la evidencia científica no solo resulta pertinente, sino profundamente necesario para avanzar hacia un uso más consciente, seguro y contextualizado de las plantas medicinales. Si bien algunas especies ampliamente utilizadas —como la manzanilla, la hierba luisa o el jengibre— han sido objeto de estudios que respaldan parcialmente sus propiedades terapéuticas, la gran diversidad registrada en contextos amazónicos, que supera el centenar de especies empleadas para decenas de afecciones, evidencia que aún existe un amplio campo por investigar en términos de eficacia, dosificación y posibles interacciones (González-Rivera et al., 2025). Frente a esta realidad, la enfermería comunitaria se sitúa en una posición ética y profesional

particularmente delicada, donde no basta con conocer la evidencia biomédica, sino que se vuelve imprescindible comprender el sentido cultural de cada práctica. Acompañar estos procesos implica escuchar activamente, generar confianza y ofrecer orientación basada en el cuidado seguro, sin deslegitimar los saberes que sostienen la identidad y la salud de las comunidades; en otras palabras, construir puentes donde el conocimiento científico y el ancestral no compitan, sino que dialoguen en favor del bienestar integral de las personas.

Tabla 4.

Plantas medicinales utilizadas en comunidades indígenas del Ecuador

Planta	Uso ancestral	Nacionalidad	Imagen
Guayusa (<i>Ilex guayusa</i>)	Infusión energizante, reducción de fatiga, limpieza corporal	Kichwa amazónica	
Chuchuhuasi (<i>Maytenus macrocarpa</i>)	Fortalecimiento corporal, alivio de dolores musculares y articulares	Shuar / Achuar	
Sangre de drago (<i>Croton lechleri</i>)	Cicatrización de heridas, tratamiento de infecciones y problemas digestivos	Kichwa / Shuar	
Matico (<i>Piper aduncum</i>)	Tratamiento de heridas, inflamaciones y afecciones dérmicas	Sierra (Kichwa andina)	

Achiote (*Bixa orellana*)

Uso en afecciones cutáneas, protección de la piel, procesos inflamatorios leves

Amazonía / Costa



Ishpingo (*Ocotea quixos*)

Uso digestivo y respiratorio, infusiones para malestar estomacal

Kichwa amazónica



Ruda (*Ruta graveolens*)

Regulación del ciclo menstrual, alivio de cólicos

Sierra



Eucalipto (*Eucalyptus globulus*)

Vaporizaciones para afecciones respiratorias

Sierra



2.3. Partería tradicional

La partería tradicional en el Ecuador representa mucho más que una práctica de atención al parto; es una forma de acompañar la vida desde sus inicios, profundamente arraigada en la cultura y en la experiencia comunitaria. Las parteras no solo asisten un proceso biológico, sino que cuidan, escuchan y sostienen emocionalmente a la mujer en un momento que trasciende lo físico. Su presencia genera confianza, especialmente en contextos donde el parto no

se vive como un evento médico, sino como un acontecimiento familiar y espiritual que requiere respeto y cercanía.

El rol de la partera se construye con el tiempo, a través de la práctica y del reconocimiento de la comunidad. Muchas de ellas han aprendido observando a otras mujeres mayores, integrando saberes que combinan el conocimiento del cuerpo, el uso de plantas medicinales y la comprensión de los ritmos del embarazo. No existe una formación estandarizada en términos académicos, pero sí una rigurosidad basada en la experiencia y en la responsabilidad que implica acompañar un nacimiento. Esta legitimidad comunitaria les permite convertirse en figuras clave dentro del cuidado materno.

En la atención del parto, las parteras consideran aspectos que van más allá de los parámetros clínicos. Observan el estado emocional de la madre, el entorno en el que se desarrolla el parto y los signos que, desde su cosmovisión, indican cómo avanza el proceso. La posición de la mujer, el uso de infusiones o baños, y la participación de la familia son elementos que forman parte de una atención integral, donde cada detalle tiene un significado. Este enfoque contribuye a que la mujer se sienta acompañada y respetada en su propio proceso.

Hablar de parto intercultural implica reconocer la necesidad de articular estos saberes con el sistema de salud formal. En los últimos años, se han impulsado modelos que buscan integrar la participación de parteras dentro de los servicios de salud, permitiendo que las mujeres puedan acceder a atención institucional sin renunciar a sus prácticas culturales. Este enfoque no solo mejora la aceptación de los servicios, también contribuye a reducir barreras de acceso, especialmente en zonas rurales.

En coherencia con estos planteamientos, la evidencia empírica reciente refuerza que la incorporación del enfoque intercultural en la atención del parto no solo responde a un principio de respeto cultural, sino que genera beneficios clínicos concretos tanto para la madre como para el recién nacido. Un estudio realizado en Ecuador con 120 gestantes evidenció que el parto humanizado con pertinencia intercultural permitió reducir el tiempo del periodo expulsivo con menos de 6 horas en primigestas y menos de 4 horas en multíparas, así como disminuir la percepción del dolor en un 68,3% de los casos, con un uso mínimo

de fármacos (80,8% no los requirió). Además, se observaron resultados favorables en el binomio madre-hijo, como la ausencia de desgarros perineales en el 69,2% de las mujeres, puntajes de Apgar superiores a 7 en el 60% de los recién nacidos y el inicio temprano de la lactancia materna en el 85,8% de los casos (Crespo-Antepará et al., 2023). Estos hallazgos ponen en evidencia que el respeto a las prácticas culturales, como la elección de posiciones de parto más naturales o la participación de acompañantes tradicionales no solo mejora la experiencia subjetiva de las mujeres, sino que también contribuye a resultados obstétricos más seguros y humanizados, consolidando así la pertinencia de modelos de atención que integren saberes ancestrales y evidencia científica dentro del sistema formal de salud.

Sin embargo, este proceso de integración no está exento de desafíos. Existen diferencias en la forma de comprender el riesgo, en los tiempos de intervención y en la manera de interpretar los signos del parto. En algunos casos, la falta de comunicación entre el personal de salud y las parteras puede generar tensiones que afectan la atención (Quinatoa-Chimborazo et al., 2025). Por ello, resulta fundamental fortalecer espacios de diálogo y formación conjunta que permitan construir confianza mutua entre ambos sistemas.

Desde la perspectiva de la seguridad materna, el trabajo articulado entre parteras y profesionales de salud puede marcar una diferencia significativa. La partera, al estar cerca de la comunidad, puede identificar señales tempranas y facilitar la referencia oportuna a un establecimiento de salud cuando es necesario. Este acompañamiento continuo, antes, durante y después del parto, constituye una red de cuidado que combina conocimiento ancestral y soporte institucional. En esta misma línea, la evidencia disponible muestra que la articulación entre parteras tradicionales y el sistema formal de salud no solo mejora el acceso, sino que fortalece la seguridad materna desde una perspectiva territorial y culturalmente situada. Estudios en contextos andinos evidencian que las parteras poseen trayectorias prolongadas entre 17 y 58 años de experiencia y desarrollan competencias empíricas para identificar signos del trabajo de parto, aplicar técnicas ancestrales y, de manera crítica, reconocer eventos de riesgo que requieren derivación oportuna al sistema sanitario (Costa-da Silva, 2024). A ello se suma que su cercanía con la comunidad, basada en relaciones de

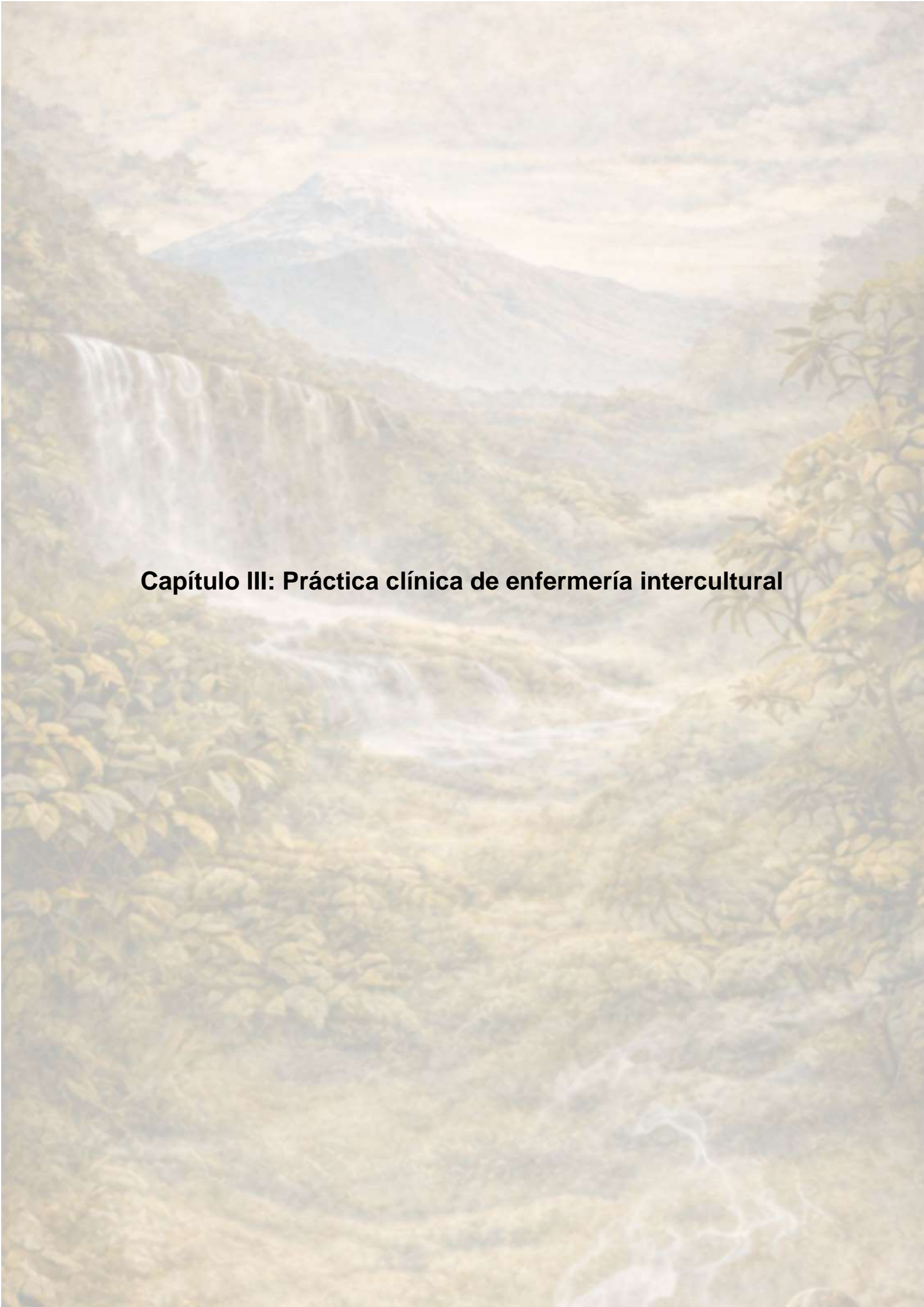
confianza, respeto a las prácticas culturales y disponibilidad permanente, favorece que las gestantes acepten con mayor facilidad la referencia institucional y continúen los cuidados dentro del sistema formal, reduciendo retrasos en la atención obstétrica (Díaz-Quispe y Asenjo-Alarcón, 2025; Zarchi-Atiencina, 2018). Asimismo, otros estudios destacan que la integración efectiva de las parteras en redes de atención primaria mediante procesos de capacitación, acompañamiento y reconocimiento institucional permite mejorar la vigilancia comunitaria del embarazo, fortalecer la continuidad del cuidado y disminuir riesgos asociados a complicaciones prevenibles.

El valor de la partería tradicional también radica en su capacidad de humanizar el proceso de nacimiento. En un contexto donde muchos partos institucionales pueden percibirse como fríos o despersonalizados, la presencia de la partera introduce un componente de calidez, respeto y conexión que resulta fundamental para la experiencia de la mujer. No se trata de oponer modelos, sino de reconocer que el nacimiento puede ser cuidado desde distintas miradas que, al complementarse, enriquecen la atención.

Figura 4.

Guía del Parto Intercultural: Saberes ancestrales y atención institucional



A misty, mountainous landscape with a waterfall and dense greenery. The scene is dominated by lush green foliage in the foreground and middle ground, with a waterfall cascading down the left side. In the background, a large, snow-capped mountain peak rises above a layer of mist or low clouds. The overall atmosphere is serene and natural.

Capítulo III: Práctica clínica de enfermería intercultural

Práctica clínica de enfermería intercultural

La práctica clínica de enfermería intercultural se construye en un territorio donde el conocimiento científico y los saberes ancestrales no compiten, sino que dialogan. En ese espacio de encuentro, el cuidado deja de ser una acción técnica aislada y se transforma en una experiencia profundamente humana, donde cada gesto, cada palabra y cada decisión adquieren un significado que trasciende lo biomédico. El profesional de enfermería no solo atiende signos y síntomas, sino que reconoce historias, identidades y formas distintas de comprender la salud, la enfermedad y la vida misma.

Este capítulo invita a mirar la práctica clínica desde una perspectiva más amplia, donde la sensibilidad cultural no es un complemento, sino un componente esencial del cuidado. En contextos diversos, como los que caracterizan al Ecuador plurinacional, el acto de cuidar implica aprender a escuchar sin imponer, a observar sin juzgar y a intervenir sin desplazar las creencias de quienes reciben atención. La enfermería intercultural exige, por tanto, una disposición genuina para comprender al otro desde su propio mundo, sin perder el rigor científico que sustenta la práctica profesional.

A lo largo de estas páginas se explora cómo el cuidado se reconfigura cuando se reconoce la diversidad cultural como una riqueza y no como una barrera. Surgen entonces nuevas formas de interacción entre el personal de salud, las familias y las comunidades, donde el respeto y la confianza se convierten en pilares fundamentales. En este escenario, la enfermería adquiere un rol mediador, capaz de traducir lenguajes, armonizar prácticas y construir puentes entre sistemas de conocimiento que, durante mucho tiempo, han permanecido distantes.

Hablar de práctica clínica intercultural también implica asumir desafíos. No siempre es sencillo equilibrar protocolos institucionales con prácticas tradicionales, ni responder a situaciones complejas donde convergen múltiples visiones de cuidado. Sin embargo, es precisamente en esas tensiones donde la enfermería encuentra la oportunidad de reinventarse, de humanizar aún más su ejercicio y de reafirmar su compromiso con un cuidado integral, digno y respetuoso. Este capítulo, más que ofrecer respuestas cerradas, abre un espacio

de reflexión que acompaña al lector en la construcción de una práctica clínica más consciente, cercana y profundamente humana.

3.1. Comunicación intercultural

a comunicación intercultural en enfermería no comienza con las palabras, sino con la disposición a reconocer que el otro percibe el mundo desde un lugar distinto. En la práctica clínica, esto se vuelve evidente en los pequeños detalles: la forma en que una persona describe su dolor, los silencios que acompañan una consulta o incluso la manera en que evita el contacto visual. No se trata solo de transmitir información, sino de interpretar significados que muchas veces no están explícitos. Allí, el profesional de enfermería aprende que escuchar implica algo más profundo que oír; implica comprender sin prisa y sin imponer su propia lógica.

Las barreras culturales aparecen con una sutileza que, si no se reconoce a tiempo, puede fracturar la relación terapéutica. No siempre son visibles ni evidentes. A veces se manifiestan en la desconfianza hacia procedimientos médicos, en la resistencia a ciertos tratamientos o en la preferencia por prácticas tradicionales. En otros casos, surgen cuando el lenguaje técnico se vuelve inaccesible o cuando las explicaciones no logran conectar con la experiencia del paciente. Estas barreras no solo dificultan la comunicación, también pueden generar distancia emocional, algo que en el cuidado de enfermería resulta especialmente delicado.

En esta misma línea, la evidencia muestra que los factores socioculturales no actúan de forma aislada, sino que se entrelazan con condiciones de género, autonomía y contexto social, influyendo directamente en la decisión de las personas de acudir o no a los servicios de salud (Houghton et al., 2023). De manera particular, en comunidades indígenas, estas tensiones se intensifican cuando los servicios no incorporan una perspectiva intercultural, lo que limita la confianza, la continuidad del cuidado y el reconocimiento de los saberes ancestrales (Vásquez-Viscarra et al., 2024). A ello se suma que la falta de adaptación del sistema sanitario a las realidades culturales, lingüísticas y territoriales refuerza inequidades preexistentes, evidenciando que la accesibilidad no depende únicamente de la disponibilidad de servicios, sino de

su capacidad para dialogar con la diversidad humana (Bazualdo-Fiorini y Contreras-Rivera, 2022).

El lenguaje, en este contexto, deja de ser una herramienta neutra y comienza a revelar su verdadero peso en el cuidado. Puede acercar o alejar, puede abrir la confianza o levantar barreras invisibles que el profesional no siempre percibe a tiempo. No basta con traducir palabras; es necesario traducir sentidos, comprender lo que hay detrás de cada expresión, de cada silencio incluso. Un mismo término puede significar cosas distintas según la historia, la cultura y la forma de entender el mundo de quien lo escucha. Por eso, el profesional de enfermería no solo comunica, sino que interpreta, adapta, acompaña. Cuando el lenguaje falla, el paciente no solo deja de entender indicaciones, también puede sentirse ajeno, poco escuchado o incluso excluido. La evidencia muestra que estas barreras lingüísticas afectan la adherencia a los tratamientos y debilitan la relación terapéutica, algo especialmente delicado en contextos interculturales (Lema-Paltan et al., 2025). En ese escenario, contar con intérpretes o mediadores culturales no es un recurso accesorio, sino un acto de respeto y cuidado profundo. Porque al final, comunicar en salud no es solo transmitir información, es lograr que el otro se sienta comprendido, reconocido y, sobre todo, acompañado.

Por otra parte, la comunicación no verbal adquiere un protagonismo inesperado; donde los gestos, la postura corporal, el tono de voz o la proximidad física pueden transmitir confianza o generar rechazo. En culturas donde el respeto se expresa a través de la distancia o el silencio, una actitud demasiado directa puede interpretarse como invasiva. En otras, la cercanía y el contacto visual son señales de empatía. Comprender estas diferencias no es un lujo, es una necesidad que influye directamente en la calidad del cuidado. A este enfoque, Perusset (2023) aporta una comprensión más profunda al señalar que la comunicación no verbal no solo acompaña al discurso, sino que lo redefine en contextos interculturales, donde cada gesto tiene un significado propio. Ignorar estas señales puede generar malentendidos, distanciamiento y errores en la atención, mientras que reconocerlas permite construir confianza y un cuidado verdaderamente sensible.

El reto, entonces, no consiste únicamente en “comunicarse mejor”, sino en construir una comunicación situada, consciente de las diferencias y abierta al aprendizaje continuo. Esto implica reconocer que el profesional también está atravesado por su propia cultura, por sus creencias y por sus formas de interpretar la realidad. Cuando esta conciencia emerge, la interacción deja de ser unidireccional y se convierte en un proceso de intercambio donde ambos, paciente y profesional, transforman su manera de comprender el cuidado.

Figura 4.

Esquema de comunicación intercultural en salud



En el fondo, la comunicación intercultural en enfermería es un ejercicio de humildad que implica reconocer que no siempre se tiene la razón, que no todo puede explicarse desde la biomedicina y que, en muchas ocasiones, el verdadero acto de cuidado consiste en detenerse, mirar con respeto y permitir que el otro también enseñe. Supone actuar con empatía y sentido humano; es en ese intercambio donde la práctica clínica se vuelve más cercana, más auténtica y profundamente humana.

3.2. Atención culturalmente pertinente

La atención culturalmente pertinente no se limita a “adaptar” procedimientos clínicos; implica comprender que cada persona llega al sistema de salud con una historia, una forma de sentir el cuerpo y una manera particular de entender la enfermedad. En la práctica diaria, esto se traduce en decisiones que van más allá de lo técnico. Un gesto de respeto hacia una creencia, una explicación ajustada al contexto cultural o la apertura para incluir prácticas tradicionales pueden transformar completamente la experiencia de cuidado. No es un añadido opcional, es una forma distinta de ejercer la enfermería, más cercana, más consciente.

En este sentido, los protocolos de atención no deben entenderse como estructuras rígidas que se imponen sin matices. Su verdadero valor aparece cuando se interpretan con criterio, permitiendo cierta flexibilidad que responda a las necesidades culturales del paciente. Un protocolo bien aplicado no anula la diversidad, la reconoce y la integra. Esto exige que el profesional de enfermería desarrolle una mirada crítica, capaz de equilibrar la evidencia científica con el contexto sociocultural en el que se desarrolla el cuidado. Desde lo que plantea el Acuerdo Ministerial 0082–2017, esta flexibilidad deja de ser una opción y se convierte en una responsabilidad ética del cuidado. El protocolo no desaparece, pero se vuelve más humano cuando dialoga con la cultura del paciente, incorporando su lengua, sus prácticas y su forma de comprender la salud. Así, el profesional de enfermería no solo aplica normas, sino que las adapta con sensibilidad, construyendo un cuidado que respeta, escucha y realmente conecta con la persona (Reglamento para la aplicación del enfoque intercultural en los establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud, 2017).

Sin embargo, llevar esto a la práctica no siempre resulta sencillo. Existen tensiones constantes entre lo que establecen las normas institucionales y lo que las comunidades consideran adecuado. Por ejemplo, en situaciones relacionadas con el parto, la alimentación o los rituales de sanación, pueden surgir desacuerdos que requieren más que conocimientos técnicos; demandan sensibilidad, paciencia y capacidad de diálogo. En esos momentos, la enfermería

cumple un papel clave como mediadora, buscando acuerdos que no vulneren la seguridad del paciente ni desconozcan su identidad cultural.

Según Menéndez (2023) existen tensiones constantes entre lo que establecen las normas institucionales y lo que las comunidades consideran adecuado, por ejemplo, en situaciones relacionadas con el parto, la alimentación o los rituales de sanación, pueden surgir desacuerdos que requieren más que conocimientos técnicos; demandan sensibilidad, paciencia y capacidad de diálogo. En esos momentos, la enfermería cumple un papel clave como mediadora, buscando acuerdos que no vulneren la seguridad del paciente ni desconozcan su identidad cultural. En este escenario, la evidencia muestra que muchos pacientes incorporan la biomedicina sin abandonar sus prácticas tradicionales, pero no siempre comprenden plenamente las indicaciones médicas, lo que vuelve imprescindible un acompañamiento más cercano, claro y respetuoso, donde el cuidado no se imponga, sino que se construya desde el entendimiento mutuo.

Hablar de atención culturalmente pertinente también implica reconocer el valor de los saberes ancestrales. Muchas comunidades han desarrollado prácticas de cuidado que, aunque no siempre estén formalizadas en la medicina occidental, poseen un significado profundo y, en algunos casos, beneficios reales. Integrar estos saberes no significa reemplazar la atención clínica, sino complementarla de manera respetuosa. Este enfoque permite construir confianza, algo que, en contextos de diversidad cultural, se convierte en un elemento esencial para la adherencia a los tratamientos.

Otro aspecto importante es la formación del personal de salud. No se puede exigir una atención culturalmente pertinente si no se ha preparado al profesional para enfrentar esta realidad. La capacitación en competencias interculturales, el conocimiento de las culturas locales y el desarrollo de habilidades comunicativas son elementos que fortalecen la práctica clínica. Cuando el personal se siente seguro y preparado, la interacción con el paciente fluye de manera más natural, evitando malentendidos y generando un ambiente de mayor confianza.

La capacitación en competencias interculturales, el conocimiento de las culturas locales y el desarrollo de habilidades comunicativas son elementos que fortalecen la práctica clínica. Cuando el personal se siente seguro y preparado,

la interacción con el paciente fluye de manera más natural, evitando malentendidos y generando un ambiente de mayor confianza. En esta línea, Álvarez et al. (2025) destacan que estas competencias no surgen de manera espontánea, sino que se construyen con el tiempo a través de la formación, la experiencia y la reflexión constante, integrando sensibilidad, conocimiento y habilidades que permiten brindar un cuidado más humano, cercano y verdaderamente respetuoso con la diversidad cultural.

En la dinámica hospitalaria, las buenas prácticas interculturales suelen construirse desde la experiencia cotidiana. No siempre están escritas en manuales, pero se evidencian en acciones concretas: permitir la presencia de familiares durante ciertos procedimientos, respetar tiempos y rituales culturales o adaptar la alimentación hospitalaria a las costumbres del paciente; estas prácticas, aunque simples, tienen un impacto profundo en la percepción del cuidado y en el bienestar emocional de quien recibe atención.

Tabla 4.

Buenas prácticas interculturales en hospitales

Práctica	Descripción	Beneficio para el paciente	Condiciones de aplicación
Uso de mediadores interculturales	Incorporación de personal capacitado que facilite la comunicación entre el equipo de salud y pacientes de diferentes contextos culturales o lingüísticos.	Mejora la comprensión de indicaciones médicas, reduce errores de comunicación y aumenta la confianza en el sistema de salud.	Disponibilidad de mediadores formados; protocolos institucionales que definan su participación; coordinación con el equipo clínico.
Adaptación del lenguaje clínico	Simplificación del lenguaje técnico y adecuación del discurso a la cosmovisión del paciente, evitando	Favorece la comprensión del diagnóstico y tratamiento, incrementa la adherencia terapéutica.	Capacitación del personal en comunicación efectiva; uso de materiales educativos adaptados culturalmente.

	términos complejos o ambiguos.		
Acompañamiento familiar	Permitir la presencia de familiares durante procesos de atención, respetando normas de seguridad clínica.	Disminuye la ansiedad del paciente, fortalece el apoyo emocional y facilita la toma de decisiones.	Regulación institucional clara; evaluación del riesgo clínico; control del número de acompañantes.
Adecuación de espacios para prácticas culturales	Habilitación de áreas o condiciones que permitan la realización de prácticas tradicionales (rezos, uso de elementos simbólicos, etc.).	Refuerza el bienestar emocional y espiritual del paciente, mejora la aceptación del entorno hospitalario.	Validación por normas de bioseguridad; supervisión del personal de salud; delimitación de prácticas permitidas.
Adaptación de la alimentación hospitalaria	Ajuste de la dieta según costumbres culturales y disponibilidad de alimentos compatibles con indicaciones médicas.	Mejora la ingesta alimentaria, contribuye a la recuperación nutricional y genera mayor aceptación del tratamiento.	Coordinación con nutrición clínica; evaluación médica previa; disponibilidad de insumos.
Consentimiento informado culturalmente pertinente	Proceso de información que considera el contexto cultural del paciente, asegurando comprensión real del procedimiento.	Garantiza decisiones informadas, reduce rechazo a tratamientos y fortalece la autonomía del paciente.	Uso de mediadores o traductores; tiempo adecuado para la explicación; materiales adaptados culturalmente.
Capacitación en interculturalidad del personal de salud	Formación continua en competencias culturales, comunicación y respeto a la diversidad.	Mejora la calidad del cuidado, reduce conflictos culturales y fortalece la relación terapéutica.	Programas institucionales de formación; seguimiento y evaluación de competencias adquiridas.

Flexibilización de normas institucionales (controlada)	Ajuste de ciertas normas hospitalarias para permitir prácticas culturales sin comprometer la seguridad clínica.	Incrementa la satisfacción del paciente y su familia, favorece la confianza en el sistema de salud.	Evaluación caso por caso; supervisión del equipo de salud; alineación con normativas sanitarias.
--	---	---	--

Al final, la atención culturalmente pertinente no es una meta lejana, sino una construcción diaria que se nutre de la empatía, la reflexión y la experiencia. Requiere detenerse un momento, observar con atención y preguntarse si el cuidado que se brinda realmente responde a la persona que está al frente. Cuando esto sucede, el acto de cuidar deja de ser rutinario y se convierte en un encuentro genuino, donde la ciencia y la cultura encuentran un punto de equilibrio que beneficia a todos.

3.2.1. Adaptación cultural del cuidado hospitalario

La adaptación cultural del cuidado hospitalario se configura como un eje estratégico dentro de los sistemas de salud contemporáneos, particularmente en contextos como el ecuatoriano, donde la diversidad cultural forma parte estructural de la población atendida. Desde una perspectiva clínica, no se trata de modificar arbitrariamente los protocolos, sino de ajustarlos de manera técnicamente sustentada para garantizar que el cuidado sea seguro, comprensible y aceptable para el paciente. Este enfoque se articula con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), el cual reconoce la necesidad de integrar la dimensión sociocultural en la prestación de servicios (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

Uno de los elementos centrales en este proceso es el consentimiento cultural, entendido como la capacidad del sistema de salud para asegurar que el paciente no solo comprenda el procedimiento clínico, sino que lo perciba como coherente con sus valores y creencias. Esto implica ajustar la comunicación, considerar la presencia de mediadores culturales y validar inquietudes que, desde una mirada exclusivamente biomédica, podrían pasar desapercibidas. El consentimiento informado, en este contexto, adquiere una dimensión más amplia, donde la

comprensión no se limita al lenguaje, sino que abarca significados culturales asociados al cuerpo, la enfermedad y la intervención médica.

El acompañamiento familiar constituye otro componente relevante dentro de la adaptación cultural del cuidado. En muchas comunidades, la familia no cumple únicamente un rol afectivo, sino que participa activamente en la toma de decisiones y en el proceso de recuperación. Limitar su presencia sin justificación clínica puede generar desconfianza o rechazo hacia el sistema hospitalario. Por ello, los protocolos deben contemplar criterios claros que permitan su integración, siempre que no se comprometa la seguridad del paciente ni del entorno asistencial (Ruíz-Hernández, 2023).

La alimentación culturalmente pertinente representa un desafío operativo que, sin embargo, tiene implicaciones directas en la recuperación del paciente. La dieta hospitalaria estandarizada no siempre responde a las prácticas alimentarias de las distintas comunidades, lo que puede afectar la aceptación de los alimentos y, en consecuencia, el estado nutricional. Incorporar ajustes en la alimentación, dentro de los márgenes clínicamente permitidos, no solo mejora la adherencia, también reduce tensiones y favorece una experiencia de cuidado más adecuada. En coherencia con lo planteado por Aguilar (2023), esta situación va más allá de lo nutricional y se vincula con la comprensión profunda de la cultura del paciente. La alimentación no es solo un acto biológico, sino una expresión de identidad, equilibrio con el entorno. Ignorar estas prácticas puede generar distanciamiento, mientras que integrarlas, dentro de lo clínicamente posible, favorece la aceptación del tratamiento fortaleciendo el vínculo terapéutico, promoviendo un cuidado más respetuoso y verdaderamente significativo.

En relación con los rituales permitidos, es necesario establecer criterios institucionales que definan qué prácticas pueden integrarse al entorno hospitalario sin interferir con los estándares de bioseguridad. Esto incluye, por ejemplo, el uso de objetos simbólicos, rezos o prácticas de acompañamiento espiritual. La clave está en diferenciar entre prácticas que representan un riesgo clínico y aquellas que pueden incorporarse de manera controlada. Este equilibrio

requiere protocolos claros, así como personal capacitado para tomar decisiones informadas en situaciones específicas (Rodríguez-Cruz, 2017).

Figura 5.

Modelo de adaptación cultural hospitalaria



3.3. Mediación cultural en hospitales

La mediación cultural en hospitales surge como una respuesta concreta a las tensiones que aparecen cuando distintos sistemas de conocimiento coinciden en un mismo espacio clínico. No es una función decorativa ni secundaria; se convierte, en la práctica, en un recurso que facilita el entendimiento mutuo en situaciones donde la comunicación directa no logra sostenerse por sí sola. En muchos servicios de salud, el mediador intercultural actúa como un puente silencioso que permite que el paciente se sienta escuchado y que el equipo sanitario pueda intervenir con mayor claridad. Su presencia, aunque a veces discreta, transforma la dinámica de atención.

Los mediadores interculturales no solo traducen palabras, traducen significados. Comprenden los códigos culturales de las comunidades y los articulan con el lenguaje clínico, evitando interpretaciones erróneas que pueden comprometer decisiones importantes. En contextos donde el idioma, las creencias o las prácticas de salud difieren significativamente, su intervención reduce la incertidumbre y facilita acuerdos; resultando especialmente relevante en

procedimientos complejos, donde una mala comprensión puede generar rechazo o incumplimiento terapéutico (Ruíz-Hernández, 2023).

Desde la perspectiva de la seguridad del paciente, la mediación cultural adquiere un valor aún más evidente. Muchos eventos adversos no se originan exclusivamente en errores técnicos, sino en fallas de comunicación. Indicaciones mal comprendidas, antecedentes mal interpretados o síntomas mal descritos pueden desencadenar decisiones clínicas inadecuadas; en este plano el mediador contribuye a disminuir estos riesgos al asegurar que la información fluya de manera más precisa entre el paciente y el equipo de salud.

Es necesario indicar que las fallas en la comunicación dentro de los sistemas de salud no son un problema menor, sino una de las principales causas de eventos adversos evitables. Diversos organismos internacionales han evidenciado que una proporción significativa de errores clínicos se origina en la transmisión inadecuada de información, especialmente durante los cambios de turno, la interpretación de indicaciones o la interacción con pacientes de contextos culturales diversos. Cuando el mensaje no se adapta, se fragmenta o simplemente no se comprende, el riesgo clínico aumenta de forma silenciosa pero sostenida. En planos interculturales, esta vulnerabilidad se profundiza, ya que las diferencias lingüísticas y de cosmovisión pueden distorsionar el significado del cuidado. Por el contrario, una comunicación clara, empática y culturalmente sensible no solo fortalece la relación terapéutica, sino que actúa como una barrera protectora frente a errores, contribuyendo directamente a la seguridad del paciente.

Tabla 5.

Causas de eventos adversos y papel de la comunicación

Fuente	Causa principal / foco	Hallazgo central	Relación con eventos adversos
(Santana-Santos et al., 2023)	Medicación y diagnóstico como causas más frecuentes; también práctica/procedimientos, organización/gestión y comunicación	De 15 artículos incluidos, 7 señalaron factores ligados a la medicación como principal causa; además, se identificaron errores	Concluye que los errores relacionados con medicación y diagnóstico son los más comunes, y que la falla en la

(Vinueza- Terán et al., 2026)	Comunicación efectiva y cultura de seguridad	<p>diagnósticos, factores organizacionales y fallas de comunicación.</p> <p>La comunicación efectiva aparece como factor transversal que favorece la continuidad del cuidado, la prevención de errores y la detección temprana de riesgos clínicos. La matriz del artículo muestra que fallas comunicacionales en relevos de turno, barreras jerárquicas y escasa capacitación elevan el riesgo.</p>	<p>comunicación entre profesionales y servicios también contribuye de forma importante; muchos son evitables.</p> <p>Identifica a las fallas comunicacionales como una de las principales causas de eventos adversos prevenibles, especialmente en cambios de turno, coordinación interprofesional e interacción con el paciente.</p>
(López Gabeiras, 2022)	Comunicación médico-paciente	<p>La mayoría de los profesionales reportó dificultades comunicativas y señaló que estas complican significativamente la atención. También se destacó la empatía como habilidad clave para comunicar malas noticias.</p>	<p>Aporta evidencia de que la mala comunicación dificulta la atención clínica, afecta la toma de decisiones compartidas y puede aumentar errores por comprensión insuficiente, aunque el paper no clasifica eventos adversos por tipo.</p>
(Contento- Cedeño, 2023)	Barreras culturales y lingüísticas	<p>Las barreras culturales y lingüísticas afectan negativamente la comunicación efectiva; esta, a su vez, influye directamente en la</p>	<p>Relaciona las barreras lingüísticas y culturales con omisiones, ambigüedades, falsa comprensión,</p>

<p>(Cañarte-Vélez et al., 2025)</p>	<p>Comunicación en equipos y liderazgo</p>	<p>autoeficacia y la adherencia terapéutica. La mediación lingüística profesional y la educación culturalmente adaptada mostraron efectos compensatorios positivos.</p> <p>El liderazgo efectivo mejora cohesión, escucha, toma de decisiones y reducción del conflicto. Las barreras principales fueron jerarquización excesiva, estrés, sobrecarga, falta de habilidades comunicativas y ausencia de canales formales.</p>	<p>abandono terapéutico y discontinuidad del tratamiento, lo que incrementa el riesgo de complicaciones y errores evitables.</p>

En la práctica hospitalaria, la integración de mediadores interculturales todavía enfrenta desafíos. No siempre existe claridad sobre su rol, ni protocolos definidos para su participación en los procesos de atención. En algunos casos, su presencia depende de iniciativas locales más que de políticas institucionales consolidadas. Esto limita su impacto y dificulta la sistematización de sus aportes. Sin embargo, allí donde se ha logrado incorporar esta figura de manera estructurada, los resultados muestran mejoras en la calidad de la atención y en la satisfacción del paciente (Arrighi et al., 2022).

También es importante reconocer que la mediación cultural no reemplaza la responsabilidad del personal de salud en el desarrollo de competencias interculturales. Su función es complementar, no sustituir. El profesional de enfermería sigue siendo el principal responsable del cuidado y de la comunicación con el paciente. La mediación, en este sentido, actúa como un apoyo que enriquece la interacción, permitiendo que el proceso asistencial sea más seguro y respetuoso. Cuando ambos roles se articulan de manera

adecuada, el cuidado adquiere una coherencia que difícilmente se logra de otra forma.

Figura 6.

Modelo de mediación cultural hospitalaria



En el fondo, la mediación cultural introduce una pausa necesaria en la velocidad del entorno hospitalario. Obliga a detenerse un momento, a verificar si realmente se ha comprendido al otro, si lo que se está haciendo tiene sentido también desde su perspectiva. No es un proceso inmediato ni automático, pero cuando se integra de forma consciente, deja una huella clara: menos conflictos, menos riesgos y una relación de cuidado más sólida.

A misty, mountainous landscape with a waterfall and dense greenery. The scene is hazy, with a large mountain peak in the background and a waterfall cascading down the left side. The foreground is filled with lush, green foliage.

**Capítulo IV: Seguridad del paciente desde la
interculturalidad**

Seguridad del paciente desde la interculturalidad

El abordaje de la seguridad del paciente desde la interculturalidad invita a replantear la manera en que se concibe el cuidado en los sistemas de salud. No se trata únicamente de prevenir errores clínicos o garantizar protocolos técnicos, sino de reconocer que cada persona llega al entorno hospitalario con una historia, una lengua, unas creencias y una forma particular de comprender la salud y la enfermedad. En este cruce de mundos, el cuidado adquiere un carácter profundamente humano, donde la seguridad no solo se construye con normas, sino también con comprensión, respeto y sensibilidad hacia la diversidad.

Llevar este contexto al plano ecuatoriano, es destacar que el país está marcado por una riqueza cultural significativa, la práctica sanitaria enfrenta el desafío de dialogar con saberes ancestrales sin deslegitimarlos ni ignorarlos. La seguridad del paciente, en este sentido, se fortalece cuando el sistema de salud es capaz de escuchar, interpretar y adaptar sus intervenciones a las realidades culturales de quienes atiende. Esto implica superar visiones homogéneas del cuidado y abrir espacios donde el conocimiento científico y las prácticas tradicionales puedan coexistir de manera complementaria.

Al hablar de interculturalidad en salud también es hablar de confianza, cuando un paciente se siente comprendido en su idioma, en sus creencias y en sus prácticas, es más probable que participe activamente en su proceso de atención. Esta relación de confianza no solo mejora la experiencia del paciente, sino que reduce riesgos asociados a la incomprensión, al incumplimiento terapéutico o a decisiones tomadas sin información clara. La seguridad, entonces, deja de ser un concepto exclusivamente técnico para convertirse en una experiencia compartida entre quien cuida y quien es cuidado.

El presente capítulo propone una mirada que integra lo clínico con lo cultural, entendiendo que ambos aspectos son inseparables en la construcción de una atención segura y de calidad. A lo largo de sus apartados se explorarán las formas en que la interculturalidad puede convertirse en una herramienta concreta para prevenir riesgos, mejorar la comunicación y fortalecer la humanización del cuidado. Más que un enfoque complementario, se plantea como una necesidad

en sistemas de salud que buscan responder con pertinencia y dignidad a la diversidad de sus poblaciones.

4.1. Seguridad del paciente indígena

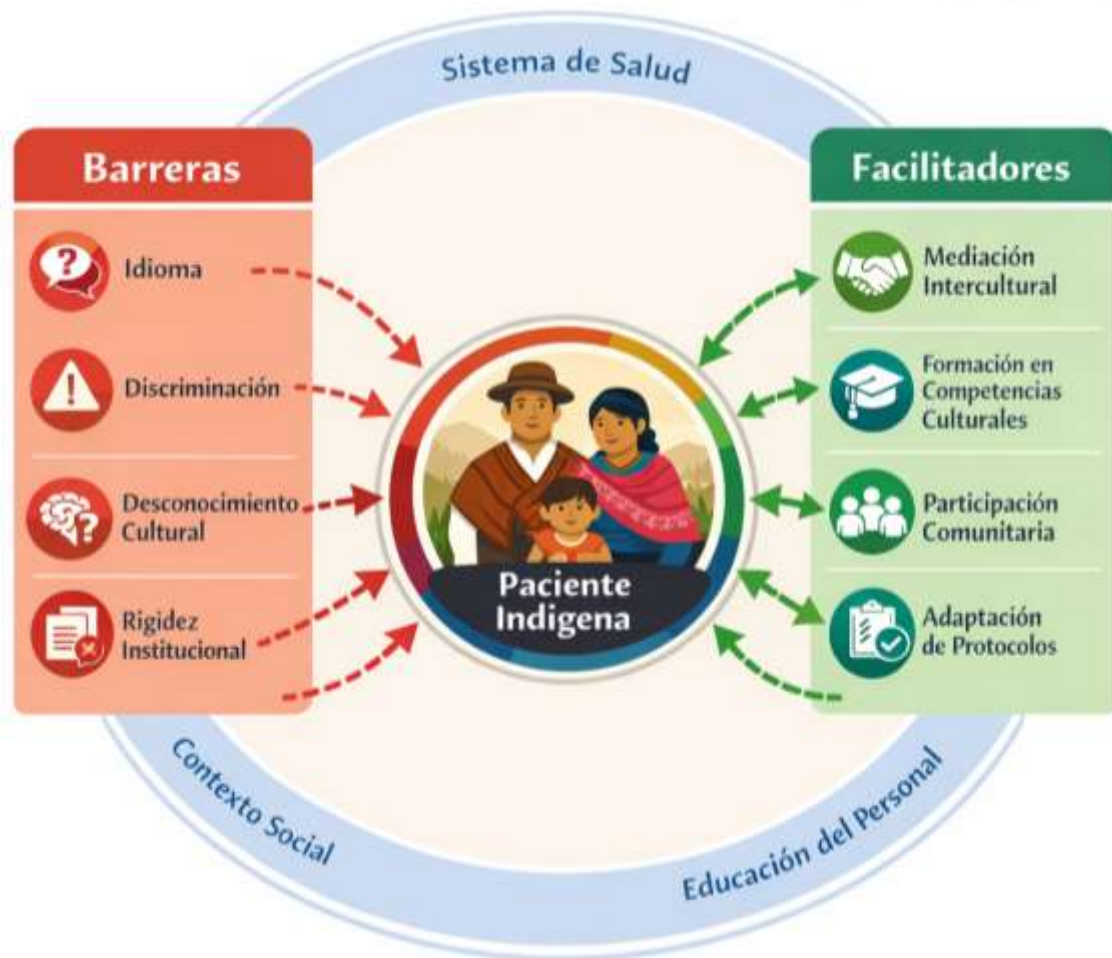
La seguridad del paciente indígena no puede entenderse desde una lógica uniforme. Hay algo más profundo en juego: la necesidad de que el cuidado reconozca la identidad cultural como parte inseparable de la salud. Cuando una persona indígena ingresa a un servicio sanitario, no lo hace sola; llega con su comunidad simbólica, con sus saberes, con formas propias de interpretar el dolor y la enfermedad (Aguilar-Peña et al., 2023). Ignorar ese universo no solo empobrece la atención, también introduce riesgos silenciosos que pocas veces se registran en los sistemas clínicos.

En este contexto, la seguridad cultural emerge como un concepto clave. No basta con traducir un idioma o adaptar un protocolo de manera superficial. Se trata de generar condiciones reales de respeto donde el paciente no tenga que renunciar a su cosmovisión para ser atendido. Bonilla y Almeida (2026) expresan que, esto implica reconocer prácticas tradicionales, comprender el valor simbólico de ciertos rituales y, sobre todo, evitar actitudes que puedan percibirse como deslegitimadoras. Cuando esto no ocurre, el paciente puede retraerse, omitir información o incluso abandonar el tratamiento.

Las barreras institucionales, sin embargo, siguen siendo una realidad persistente. Muchas veces no son evidentes a primera vista, pero se manifiestan en detalles cotidianos: formularios que no contemplan identidades culturales, personal que no ha sido formado en interculturalidad, protocolos rígidos que no admiten adaptaciones. Estas limitaciones generan una distancia entre el sistema de salud y el paciente indígena, una distancia que se traduce en inseguridad, desconfianza y, en algunos casos, en errores evitables. A ello se suma el peso histórico de relaciones marcadas por la desigualdad. No es raro que el espacio hospitalario sea percibido como ajeno o incluso hostil. Esta percepción influye directamente en la forma en que el paciente se vincula con el personal de salud. Si no existe un esfuerzo consciente por construir un ambiente acogedor y respetuoso, la comunicación se fragmenta, las indicaciones se interpretan de manera parcial y el riesgo aumenta.

Figura 7.

Barreras y facilitadores en salud indígena



De igual manera, la formación del personal sanitario se convierte en un punto de inflexión. No se trata solo de adquirir conocimientos técnicos, sino de desarrollar una sensibilidad que permita interpretar contextos culturales sin prejuicios. La escucha activa, la disposición al diálogo y la apertura al aprendizaje son competencias que, aunque no siempre se enseñan en los programas tradicionales, resultan esenciales para garantizar un cuidado seguro. Cuando el profesional logra posicionarse desde el respeto, el encuentro clínico deja de ser un acto unilateral y se transforma en una construcción compartida. Según Pérez y Medina (2023), las competencias interculturales son esenciales para responder a la diversidad cultural en salud, ya que permiten al profesional comprender distintas cosmovisiones, evitar estereotipos estableciendo un encuentro terapéutico basado en el respeto y el diálogo, estas competencias fortalecen la

calidad del cuidado al mejorar la comunicación, la confianza y la pertinencia de la atención, favoreciendo prácticas más inclusivas, equitativas y centradas en el paciente.

En este escenario, avanzar hacia una atención segura implica asumir que la interculturalidad no es un complemento, sino una condición necesaria. Integrar la seguridad cultural dentro de las políticas sanitarias, flexibilizar los modelos de atención y fortalecer los vínculos con las comunidades son pasos que marcan la diferencia. No es un camino inmediato, pero cada pequeño cambio en la forma de mirar al otro abre la posibilidad de un sistema de salud más justo, más cercano y, sobre todo, más seguro para todos.

4.2. Enfermería neonatal intercultural

El cuidado neonatal, cuando se mira desde la interculturalidad, deja de ser un conjunto de procedimientos estandarizados para convertirse en un acto profundamente sensible. El recién nacido no solo es un paciente en condición de vulnerabilidad biológica, también es parte de un entramado cultural que comienza a moldear su vida desde el primer instante (Bravo-Vera et al., 2026). En muchos contextos indígenas, el nacimiento está rodeado de significados, rituales y prácticas que no pueden ser ignorados sin afectar la experiencia de la familia, comprender esto cambia la forma en que la enfermería se posiciona frente al cuidado.

En la práctica cotidiana, el cuidado del recién nacido implica acciones técnicas precisas: control térmico, higiene, lactancia, vigilancia de signos vitales. Sin embargo, estas intervenciones adquieren otra dimensión cuando se integran con las prácticas culturales de la familia. El uso de envolturas tradicionales, la importancia del contacto piel a piel más allá del enfoque clínico o la participación activa de la madre y la familia en el cuidado son elementos que, lejos de representar un riesgo, pueden fortalecer el bienestar neonatal si se comprenden adecuadamente.

Existen momentos particularmente delicados donde la tensión entre lo clínico y lo cultural se hace evidente. Por ejemplo, la administración de ciertos cuidados puede entrar en conflicto con creencias familiares, generando dudas o resistencias. En estos escenarios, la enfermería no puede limitarse a imponer

indicaciones. Es necesario abrir espacios de diálogo, explicar con claridad y, cuando sea posible, adaptar las intervenciones sin comprometer la seguridad del recién nacido. Este equilibrio no siempre es sencillo, pero es ahí donde se construye una atención verdaderamente respetuosa. Según lo expuesto por Vargas et al. (2022), los conflictos entre prácticas culturales y protocolos neonatales surgen cuando las normas clínicas se aplican sin considerar las creencias y tradiciones de las familias, especialmente en torno al nacimiento y cuidado del recién nacido. El estudio evidencia que esta tensión puede generar resistencia, desconfianza e incluso rechazo de la atención institucional. Frente a ello, se resalta la importancia de un enfoque intercultural que permita negociar cuidados, adaptar intervenciones y construir acuerdos, garantizando tanto la seguridad neonatal como el respeto a la identidad cultural.

Las prácticas culturales en torno al recién nacido, como el uso de plantas medicinales, baños rituales o formas específicas de alimentación, forman parte de un conocimiento transmitido por generaciones. Desestimarlas de manera automática puede generar rechazo y desconfianza. En cambio, evaluarlas desde una mirada crítica pero abierta permite identificar cuáles pueden integrarse de forma segura y cuáles requieren orientación o ajuste. Este proceso exige no solo conocimiento técnico, sino también humildad profesional para reconocer que el saber no es exclusivo del ámbito clínico.

La relación entre la enfermera y la madre adquiere aquí un valor especial. No se trata únicamente de educar, sino de acompañar. La madre, en muchos casos, vive este momento entre la alegría y el temor, especialmente si se encuentra en un entorno institucional que le resulta ajeno. Una palabra adecuada, un gesto de respeto hacia sus creencias o la inclusión de un familiar en el proceso pueden marcar una diferencia significativa en la forma en que se vive el nacimiento. Esa cercanía reduce tensiones, facilita la comunicación y contribuye indirectamente a la seguridad del neonato. Según Maroto (2025), el rol de la enfermería en el posparto trasciende lo clínico y se sitúa en un acompañamiento profundamente humano, donde el apoyo emocional, la escucha activa y la cercanía permiten fortalecer el vínculo madre-hijo, especialmente en contextos de vulnerabilidad como la depresión posparto. La enfermera actúa como un sostén afectivo que ayuda a la madre a recuperar confianza, adaptarse a su nuevo rol y conectar con

su bebé, favoreciendo no solo la lactancia, sino también un entorno de cuidado seguro, empático y culturalmente sensible.

Figura 8.

Modelo de cuidado neonatal intercultural



Otro aspecto que no puede pasarse por alto es la capacitación del personal de enfermería. Trabajar en contextos interculturales requiere desarrollar habilidades que van más allá del conocimiento biomédico. La capacidad de escuchar sin prejuicios, de interpretar señales culturales y de construir confianza se vuelve tan importante como cualquier procedimiento clínico. Cuando estas competencias están presentes, el cuidado se vuelve más efectivo y humano. Cuando faltan, incluso las mejores intervenciones pueden fracasar. Avanzar hacia una enfermería neonatal intercultural implica, en esencia, reconocer que cada nacimiento es único. No solo por las condiciones clínicas del recién nacido, sino por el contexto cultural que lo rodea. Integrar este enfoque no significa renunciar

a la ciencia, sino enriquecerla con una mirada más amplia, más consciente y más cercana a la realidad de las familias. En ese punto, la seguridad del neonato deja de depender únicamente de protocolos y se sostiene también en la calidad del vínculo, en el respeto y en la capacidad de cuidar sin imponer.

4.3. Cuidados paliativos interculturales

Hablar de cuidados paliativos desde la interculturalidad exige una sensibilidad distinta. No se trata únicamente de aliviar el dolor físico o controlar síntomas en etapas avanzadas de enfermedad, sino de acompañar procesos profundamente humanos donde la vida, la muerte y el sentido de existencia se entrelazan. En muchas comunidades indígenas, este tránsito no se vive desde la desesperanza, sino como parte de un ciclo natural que merece respeto, dignidad y, sobre todo, comprensión. Ignorar esa mirada puede convertir el cuidado en algo frío, distante, incluso invasivo (Alava-Bravo et al., 2024).

El acompañamiento espiritual adquiere aquí un valor que no puede reducirse a prácticas religiosas convencionales. Para muchas personas, la espiritualidad está vinculada con la tierra, con los ancestros, con energías que dan sentido a la enfermedad y al proceso de morir; la presencia de un guía espiritual, de un sabio o de un familiar con conocimiento tradicional puede ser tan importante como cualquier intervención médica (De Luca et al., 2025). Cuando estos elementos se integran al cuidado, el paciente encuentra calma, se siente reconocido, y eso influye directamente en su bienestar.

En este escenario, la cosmovisión indígena ofrece una comprensión distinta del sufrimiento, la enfermedad no siempre se interpreta como un evento exclusivamente biológico; puede estar relacionada con desequilibrios espirituales, sociales o comunitarios (Bournissent, 2014). Desde esta perspectiva, el cuidado paliativo no solo busca aliviar síntomas, sino restablecer armonías. Para el equipo de salud, comprender este enfoque no significa adoptar todas las creencias, pero sí respetarlas y, cuando sea posible, integrarlas de manera segura en el proceso de atención.

Las decisiones al final de la vida también se ven profundamente influenciadas por la cultura. Mientras que en algunos contextos predomina la autonomía individual, en comunidades indígenas el proceso suele ser colectivo. La familia,

e incluso la comunidad, participan activamente en la toma de decisiones. Desconocer esta dinámica puede generar conflictos, incomprensión y, en algunos casos, intervenciones que no responden a los valores del paciente. La enfermería y el equipo de salud deben aprender a moverse en este terreno con respeto y apertura.


Figura 9.

Modelo intercultural de cuidados paliativos



El rol del profesional de salud, especialmente de enfermería, se transforma en este contexto. Ya no es solo quien administra tratamientos o monitorea síntomas, sino quien acompaña, escucha y sostiene. A veces, ese acompañamiento implica simplemente estar presente, respetar silencios, permitir rituales o facilitar la cercanía de la familia. Son gestos que no siempre aparecen en los manuales, pero que tienen un impacto real en la experiencia del paciente y sus seres queridos.

Avanzar hacia cuidados paliativos interculturales implica reconocer que el final de la vida no es solo un evento clínico, sino una experiencia profundamente humana cargada de significado. Integrar la dimensión cultural y espiritual no debilita el cuidado, lo fortalece. Permite que el paciente transite este momento con dignidad, acompañado no solo por tecnología y conocimiento, sino también por respeto, comprensión y una presencia auténticamente humana.

A misty landscape featuring a waterfall on the left, a mountain peak in the distance, and dense foliage in the foreground. The scene is hazy and atmospheric.

**Capítulo V: Integración de saberes ancestrales y
ciencia**

Integración de saberes ancestrales y ciencia

El diálogo entre saberes ancestrales y ciencia contemporánea no es un encuentro reciente, pero en el contexto actual adquiere una relevancia renovada. En territorios como el Ecuador, donde la diversidad cultural se entrelaza con una riqueza biológica excepcional, este acercamiento deja de ser una opción teórica para convertirse en una necesidad concreta. Integrar ambos conocimientos implica reconocer que la salud, el cuidado y el bienestar no pueden comprenderse únicamente desde una lógica técnica, sino desde una mirada amplia que incluya historia, identidad y formas propias de entender la vida.

Durante mucho tiempo, la ciencia moderna avanzó con la pretensión de universalidad, estableciendo parámetros homogéneos para interpretar la realidad. Sin embargo, en ese proceso se invisibilizaron prácticas y conocimientos que, lejos de ser rudimentarios, responden a sistemas complejos contruidos a partir de la experiencia colectiva. Hoy, esa visión comienza a transformarse. Se abre paso una sensibilidad distinta, más atenta a la escucha, al reconocimiento del otro y a la posibilidad de aprender desde lo diverso, sin imponer ni subordinar.

En el ámbito de la salud, esta integración adquiere una dimensión profundamente humana. No se trata únicamente de validar el uso de plantas medicinales o prácticas tradicionales, sino de comprender el sentido que tienen dentro de una cosmovisión determinada. Cada ritual, cada palabra, cada gesto de cuidado lleva consigo una carga simbólica que influye en la manera en que las personas enfrentan la enfermedad, el dolor y la recuperación. Ignorar estos elementos no solo empobrece la atención, sino que puede generar distancias innecesarias entre el paciente y el sistema de salud.

Este capítulo propone mirar esa intersección como un espacio de construcción compartida. No desde la confrontación, sino desde el respeto mutuo. La ciencia aporta herramientas de validación, sistematización y seguridad; los saberes ancestrales ofrecen una comprensión integral del ser humano en relación con su entorno. Cuando ambos se encuentran en condiciones de equilibrio, surge una posibilidad distinta de cuidado, más cercana, más pertinente y, sobre todo, más coherente con las realidades culturales de cada comunidad.

Hablar de integración, entonces, implica también asumir una postura ética. Supone dejar atrás visiones jerárquicas del conocimiento y abrirse a procesos colaborativos donde diferentes formas de saber tienen un lugar legítimo. En ese camino, el reto no es solo técnico, sino profundamente humano: aprender a convivir con la diferencia, a reconocer la riqueza de lo propio y a construir puentes que permitan que el conocimiento circule, se transforme y, en última instancia, contribuya a una vida más digna y equilibrada.

5.1. Integración terapéutica

La integración terapéutica no surge como una tendencia pasajera, sino como una respuesta a realidades que durante mucho tiempo quedaron fragmentadas; en muchos contextos, las personas han transitado entre dos mundos de atención sin encontrar un puente claro que los conecte. De un lado, la medicina clínica con su lenguaje técnico, sus protocolos y su capacidad resolutoria; del otro, los saberes ancestrales que sostienen prácticas profundamente arraigadas en la vida cotidiana (Aguilar-Peña et al., 2020). Pensar en integrarlos no implica fusionarlos de manera forzada, sino permitir que dialoguen desde su propia esencia, reconociendo que ambos buscan lo mismo: aliviar, acompañar y sanar.

En esa complementariedad, el verdadero desafío no es técnico, es humano. El profesional de salud no solo enfrenta síntomas o diagnósticos, también se encuentra con historias, creencias y expectativas que no siempre encajan en un protocolo clínico. Del mismo modo, quien recurre a prácticas ancestrales no rechaza necesariamente la medicina moderna, sino que busca una atención que le resulte cercana, comprensible, propia. Cuando ambas perspectivas se reconocen, el cuidado deja de ser fragmentado y comienza a sentirse más completo, más respetuoso, más coherente con la vida de quien lo recibe.

La complementariedad terapéutica se vuelve especialmente visible en situaciones donde el tratamiento biomédico necesita apoyo emocional, cultural o espiritual. Hay procesos de enfermedad en los que la intervención clínica es indispensable, pero no suficiente para sostener al paciente en su totalidad. Es ahí donde los saberes ancestrales aportan un equilibrio distinto, una forma de acompañar que no siempre se mide en indicadores, pero que se percibe en la

tranquilidad, en la confianza, en la sensación de estar siendo cuidado desde múltiples dimensiones (Caspi et al., 2004). Esa integración, cuando se da con respeto, no compite, y se fortalece.

No obstante, integrar no significa aceptar sin cuestionar, también implica establecer criterios claros que garanticen la seguridad del paciente. Existen prácticas que pueden convivir sin conflicto y otras que requieren evaluación rigurosa para evitar riesgos. Aquí la ciencia cumple un rol fundamental, no como mecanismo de exclusión, sino como herramienta de análisis. La clave está en generar espacios donde el conocimiento ancestral pueda ser comprendido, documentado y, cuando sea posible, validado sin despojarlo de su sentido cultural.

Tabla 6.

Medicina ancestral vs medicina clínica

Dimensión	Medicina ancestral	Medicina clínica	Posibilidades de integración
Enfoque de salud	Visión holística que integra cuerpo, mente, espíritu y entorno; la salud se concibe como equilibrio con la naturaleza y la comunidad.	Enfoque biomédico centrado en la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de enfermedades específicas.	Incorporar modelos biopsicosociales e interculturales que reconozcan dimensiones emocionales, sociales y espirituales del paciente.
Tipo de diagnóstico	Diagnóstico basado en la observación, experiencia comunitaria, interpretación simbólica y conocimiento empírico transmitido generacionalmente.	Diagnóstico sustentado en evidencia científica, pruebas clínicas, laboratorio e imagenología.	Complementar diagnósticos clínicos con valoración cultural del paciente para mejorar la comprensión del proceso de enfermedad.
Relación con el paciente	Relación cercana, horizontal y comunitaria; el paciente es parte activa del proceso de sanación.	Relación profesional estructurada, generalmente vertical, centrada en el profesional de	Promover modelos de atención centrados en el paciente que integren participación activa, confianza y comunicación intercultural.

Uso de recursos terapéuticos	Uso de plantas medicinales, rituales, prácticas espirituales y técnicas tradicionales basadas en el entorno natural.	salud como autoridad técnica. Uso de fármacos, tecnología médica, intervenciones quirúrgicas y protocolos clínicos estandarizados.	Integrar terapias complementarias seguras con tratamientos clínicos, previa evaluación científica de eficacia e interacciones.
Base del conocimiento	Conocimiento empírico, oral y colectivo, transmitido a través de generaciones; basado en la experiencia y cosmovisión cultural.	Conocimiento científico sistematizado, validado mediante investigación, ensayos clínicos y revisión por pares.	Desarrollar investigación intercultural que documente, valide y respete los saberes ancestrales sin descontextualizarlos.
Temporalidad del tratamiento	Procesos de sanación progresivos, ligados a ciclos naturales y tiempos culturales.	Tratamientos definidos por protocolos clínicos, tiempos terapéuticos y evidencia médica.	Ajustar planes terapéuticos considerando tiempos culturales del paciente sin comprometer la efectividad clínica.
Rol del entorno	El entorno natural y comunitario es parte activa del proceso de salud y sanación.	El entorno se considera factor de riesgo o variable epidemiológica, pero no siempre como agente terapéutico.	Incorporar enfoques de salud comunitaria y ambiental en la práctica clínica.
Validación del tratamiento	Validación basada en la experiencia colectiva, tradición y resultados percibidos en la comunidad.	Validación mediante evidencia científica, ensayos clínicos controlados y estándares internacionales.	Promover estudios científicos sobre prácticas tradicionales respetando su contexto cultural y ético.

En la práctica, la integración terapéutica también demanda cambios institucionales. No basta con la disposición individual del profesional, se requieren políticas, protocolos y espacios que legitimen esta interacción. La formación del personal sanitario debe incluir competencias interculturales, habilidades comunicativas con una sensibilidad que permita reconocer la

diversidad sin prejuicios. De lo contrario, cualquier intento de integración quedará limitado a esfuerzos aislados que difícilmente se sostendrán en el tiempo.

Hablar de integración terapéutica es, en el fondo, hablar de confianza. Confianza entre sistemas de conocimiento, entre profesionales y comunidades, entre la ciencia y la tradición. Cuando esa confianza se construye, el cuidado se transforma. Ya no es un proceso distante ni impuesto, sino una experiencia compartida donde cada intervención tiene sentido para quien la vive. Y en ese punto, la salud deja de ser únicamente un resultado clínico para convertirse en un proceso profundamente humano, en el que sanar también significa sentirse comprendido.

5.2. Educación intercultural en enfermería

La educación intercultural en enfermería no puede reducirse a un contenido añadido dentro del currículo, como si se tratara de un tema complementario que se revisa y luego se deja atrás. Se trata, más bien, de una forma distinta de comprender el cuidado desde su origen, desde la manera en que se enseña a mirar al otro. Formar a un profesional de enfermería implica algo más que transmitir conocimientos técnicos; supone cultivar una sensibilidad capaz de reconocer que cada paciente llega con una historia, con una identidad, con una manera particular de entender su salud (Tigrero-Pilay et al., 2025a). En ese reconocimiento comienza el verdadero aprendizaje.

En este proceso formativo, el aula deja de ser un espacio cerrado. Se abre hacia la comunidad, hacia los territorios, hacia los contextos donde el cuidado realmente ocurre. El estudiante no solo aprende de libros o simulaciones, también aprende al escuchar, al observar, al compartir con personas que viven la salud desde otras lógicas. Ese contacto transforma. Cuestiona ideas previas, rompe esquemas rígidos y, poco a poco, permite construir una mirada más amplia, más humana. No es un cambio inmediato, es un proceso que se va tejiendo con experiencias que dejan huella.

La formación profesional en enfermería intercultural también exige revisar cómo se enseña la comunicación. No basta con dominar términos clínicos o protocolos de atención; es necesario aprender a dialogar desde el respeto, a interpretar silencios, gestos y significados que no siempre se expresan en palabras. En

muchos casos, la barrera no es solo lingüística, es cultural. Comprender esto permite evitar malentendidos que pueden afectar la calidad del cuidado. Cuando el profesional logra conectar desde esa dimensión, la relación con el paciente cambia de manera profunda.

La formación profesional en enfermería intercultural también exige revisar cómo se enseña la comunicación, entendiendo que no se trata únicamente de transmitir información clínica, sino de construir significados compartidos. En este proceso, el profesional debe aprender a reconocer que cada gesto, silencio o forma de expresión está cargado de sentido cultural. Como señala Torres et al. (2024), la competencia cultural implica la capacidad de interpretar estos significados y comunicarse eficazmente con personas de distintos contextos. Desde esta perspectiva, la barrera no es únicamente lingüística, sino profundamente cultural. Ignorar esta dimensión puede derivar en malentendidos, desconfianza o baja adherencia al tratamiento. Por el contrario, cuando el profesional logra conectar desde esta sensibilidad, la relación terapéutica se transforma, volviéndose más cercana, respetuosa y significativa, lo que impacta directamente en la calidad del cuidado.

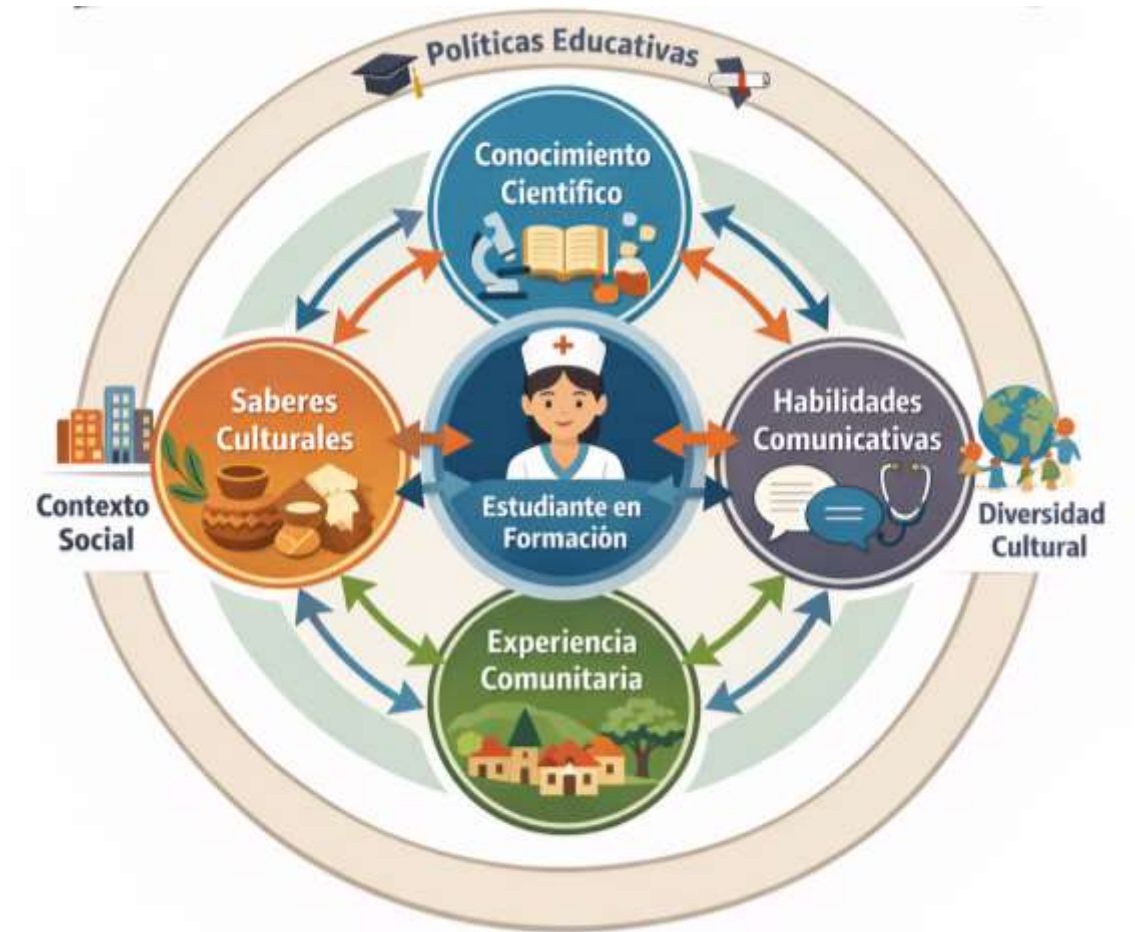
A lo largo de la formación, emerge una tensión que no siempre se menciona abiertamente. Por un lado, la exigencia académica de cumplir con estándares científicos; por otro, la necesidad de reconocer prácticas que no siempre encajan en esos marcos. Resolver esta tensión no significa elegir uno sobre otro, sino aprender a convivir con ambas perspectivas. La educación intercultural propone justamente eso: formar profesionales capaces de sostener la complejidad sin simplificarla, de tomar decisiones informadas sin perder de vista la dimensión cultural del cuidado. La competencia cultural es una necesidad emergente para ejercer la profesión de enfermería y brindar un cuidado acorde a la diversidad cultural, lo que exige integrar saberes científicos con las realidades socioculturales de los pacientes (Torres-Fernandez et al., 2024).

Tigrero (2025a) aporta una mirada profundamente integradora al señalar que la formación en salud debe reconocer al profesional como un puente entre saberes, más que como un ejecutor de un único modelo. El aprendizaje no solo implica dominar conocimientos científicos, sino también desarrollar la capacidad de

dialogar con prácticas ancestrales sin deslegitimarlas. Esta convivencia no está exenta de tensiones, pero es precisamente en ese espacio donde se construye un cuidado más consciente, sensible y contextualizado, capaz de responder a realidades diversas sin perder rigor ni humanidad.

Figura 10.

Modelo de formación intercultural en enfermería



Otro aspecto que no puede quedar fuera es el papel del docente. Quien enseña también está en constante aprendizaje. La educación intercultural no se transmite únicamente con contenidos, se construye en la forma en que el docente se relaciona con sus estudiantes, en la apertura que demuestra hacia otras formas de conocimiento, en la disposición para cuestionar sus propias certezas. Ese ejemplo, muchas veces silencioso, tiene un impacto profundo en la manera en que los futuros profesionales asumirán su rol.

En este camino, la formación profesional deja de ser un proceso lineal para convertirse en una experiencia transformadora. No se trata solo de preparar a alguien para ejercer una profesión, sino de acompañar la construcción de una identidad profesional que sea capaz de cuidar sin imponer, de intervenir sin desarraigar, de comprender sin juzgar. Cuando esto ocurre, la enfermería adquiere una dimensión distinta. Se vuelve más cercana, más consciente, más alineada con la realidad de las personas a las que sirve.

Hablar de educación intercultural en enfermería es, en el fondo, hablar de coherencia. Coherencia entre lo que se enseña y lo que se practica, entre el discurso institucional y la experiencia real del paciente. Es una invitación a repensar la formación desde una perspectiva más honesta, donde el conocimiento no se presenta como absoluto, sino como un camino en construcción. Y en ese camino, cada encuentro con el otro deja una enseñanza que ningún manual podría anticipar.

5.3. Futuro de la enfermería intercultural

Pensar en el futuro de la enfermería intercultural no es un ejercicio de proyección distante, es casi una necesidad urgente que se siente en el presente. Las realidades sociales, culturales y sanitarias están cambiando con rapidez, y en medio de ese movimiento la enfermería se encuentra en una posición clave para redefinir la forma en que se cuida. Ya no basta con responder a enfermedades; el desafío es comprender contextos, anticipar necesidades y construir relaciones de cuidado que respeten la diversidad sin perder rigor científico, en ese horizonte, la interculturalidad deja de ser un complemento y se vuelve un eje estructural del quehacer profesional.

Uno de los pilares que marcará este camino es el fortalecimiento de políticas públicas con enfoque intercultural. No se trata únicamente de declaraciones formales o lineamientos generales, sino de decisiones concretas que impacten en la organización de los sistemas de salud. La inclusión de mediadores culturales, la adecuación de servicios a contextos locales y la formación obligatoria en competencias interculturales son acciones que pueden transformar la experiencia del paciente. Cuando las políticas logran aterrizar en

la práctica, se percibe un cambio real en la forma en que las personas acceden y confían en los servicios de salud.

A la par, la investigación adquiere un papel decisivo. Durante mucho tiempo, los saberes ancestrales quedaron fuera de los circuitos académicos formales, no por falta de valor, sino por ausencia de metodologías que permitieran abordarlos sin descontextualizarlos. El futuro demanda una investigación más abierta, capaz de integrar enfoques cualitativos, participativos y comunitarios. Investigar en este campo no significa extraer información, implica dialogar, construir conocimiento junto a las comunidades y devolver resultados que tengan sentido para ellas. Ese cambio de enfoque redefine también la ética de la investigación.

En este escenario, la enfermería se posiciona como un puente entre mundos que históricamente han caminado por separado. El profesional no solo aplica conocimientos, también traduce, media, acompaña procesos que requieren sensibilidad y criterio. Esta función no siempre es visible en los indicadores tradicionales, pero tiene un impacto profundo en la calidad del cuidado. A futuro, reconocer y fortalecer este rol será fundamental para consolidar modelos de atención más inclusivos.

La formación en enfermería intercultural también implica comprender el rol del profesional como un mediador entre mundos distintos que necesitan encontrarse. No se trata solo de aplicar cuidados, sino de traducir significados, acercar perspectivas y generar confianza en contextos donde la cultura influye profundamente en la forma de vivir la salud. La enfermería cumple una función clave como mediadora cultural, facilitando la comunicación y el entendimiento entre el paciente y el sistema sanitario (Tigrero-Pilay et al., 2025b).

Esta mediación no siempre es evidente, pero se manifiesta en pequeños gestos: en la forma de explicar, en la capacidad de escuchar sin juzgar, en el respeto por lo que el paciente cree y siente. Cuando este rol se asume con conciencia, el cuidado deja de ser un acto técnico y se convierte en un encuentro humano donde ambas partes logran comprenderse, incluso en medio de la diferencia.

Figura 11.

Modelo futuro de enfermería intercultural



También será inevitable incorporar la tecnología en este proceso, aunque no de cualquier manera. El reto no está en digitalizar la atención, sino en hacerlo sin perder la cercanía humana ni la pertinencia cultural. Herramientas como la telemedicina o los sistemas de información en salud pueden ampliar el acceso, pero deben adaptarse a contextos diversos, respetando lenguajes, tiempos y formas de interacción propias de cada comunidad. Mirar hacia adelante también implica reconocer desafíos. Persisten brechas estructurales, resistencias institucionales y, en algunos casos, una falta de voluntad para transformar prácticas arraigadas. Sin embargo, estos obstáculos no anulan el avance, lo hacen más consciente. Cada experiencia exitosa, cada espacio de diálogo, cada política bien implementada va abriendo camino. El futuro no se construye de

forma uniforme, se va gestando en pequeños cambios que, con el tiempo, terminan redefiniendo el sistema.

En medio de todo esto, hay algo que no debería perderse: el sentido humano del cuidado. Más allá de modelos, políticas o investigaciones, la enfermería sigue siendo un encuentro entre personas. Un gesto, una palabra o una escucha atenta pueden marcar la diferencia en momentos de vulnerabilidad. Si el futuro logra sostener esa esencia mientras integra nuevos conocimientos y enfoques, entonces no solo estaremos hablando de una evolución profesional, sino de una forma más digna y consciente de cuidar la vida.

Referencias Bibliográficas

- Aguilar-Peña, M., Blandón, M. F. T., y García-Perdomo, H. A. (2023). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Revista de Salud Pública*, 22, 463–467. <https://doi.org/10.15446/rsap.V22n4.87320>
- Aguilar-Peña, M., Blandón, M. F. T., García-Perdomo, H. A., Aguilar-Peña, M., Blandón, M. F. T., y García-Perdomo, H. A. (2020). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Revista de Salud Pública*, 22(4), 463–467. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n4.87320>
- Alava-Bravo, E. I., Bravo-Bonoso, D. G., y Delgado-Bernal, D. S. (2024). Cuidados paliativos en etapa terminal y adaptación transcultural a pacientes en etapa terminal, en un hospital Manabita. *Revista Investigación y Educación en Salud*, 3(2), 31–37. <https://doi.org/10.47230/unesum-salud.v3.n2.2024.31-37>
- Álvarez-San Martín, R., Catalán-Obando, S. S., Morales-Aldea, M. S., y Wolfgang-Schifferli Montre, H. R. (2025). Competencias culturales en la gestión del cuidado en pacientes culturalmente diversos: Revisión de alcance. *Revista Uruguaya de Enfermería (En línea)*, 20(1). <https://doi.org/10.33517/rue2025v20n1a4>
- Arrighi, E., Ruiz de Castilla, E. M., Peres, F., Mejía, R., Sørensen, K., Gunther, C., Lopez, R., Myers, L., Quijada, J. G., Vichnin, M., y Pleasant, A. (2022). Scoping health literacy in Latin America. *Global Health Promotion*, 29(2), 78–87. <https://doi.org/10.1177/17579759211016802>
- Bazualdo-Fiorini, E., y Contreras-Rivera, R. J. (2022). La importancia de las Barreras de acceso y equidad en la atención de los servicios de salud.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3590

Bhattacharya, S., Gupta, N., Flekalová, A., Gordillo-Alarcón, S., Espinel-Jara, V., y Fernández-Cusimamani, E. (2024). Exploring Folklore Ecuadorian Medicinal Plants and Their Bioactive Components Focusing on Antidiabetic Potential: An Overview. *Plants*, 13(11).

<https://doi.org/10.3390/plants13111436>

Bonilla-González, R. B., y Almeida-Quenorán, V. S. (2026). Competencia cultural del personal de enfermería. *Ibero-American Journal of Health Science Research*, 6(1), 182–189. <https://doi.org/10.56183/iberojhr.v6i1.908>

Bournissent, M. J. (2014). Salud y cosmovisión indígena: Un derecho colectivo en construcción. *Revista de Extensión Universitaria +E*, (4), 92–97.

Bravo-Vera, L. L., Hernandez-Maticurema, N. G., y Luján-Johnson, G. L. (2026). Análisis de la variabilidad en la atención hospitalaria por disparidad en cuidados intensivos neonatales. Un estudio multicentrico. *Impulso, Revista de Administración*, 6(13), 11–23.

<https://doi.org/10.59659/impulso.v.6i13.221>

Cañarte-Vélez, J. C., Dueñas-Rivas, Y. X., Quimis-Tigua, A. M., y Quichimbo-Benites, Á. S. (2025). Comunicación efectiva en equipos de salud: El liderazgo como puente. *Polo del Conocimiento*, 10(8), 2331–2348.

<https://doi.org/10.23857/pc.v10i8.10321>

Caspi, O., Koithan, M., y Criddle, M. W. (2004). Alternative Medicine or “Alternative” Patients: A Qualitative Study of Patient-Oriented Decision-Making Processes with Respect to Complementary and Alternative

<https://doi.org/10.1177/0272989X03261567>

Červený, M., Kratochvílová, I., Hellerová, V., y Tóthová, V. (2022). Methods of increasing cultural competence in nurses working in clinical practice: A scoping review of literature 2011–2021. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.936181>

Constitución de la República del Ecuador, Legislation No. Registro Oficial No. 449, Constitución (2008). https://www.ecuadorencifras.gob.ec/LOTAIP/2017/DIJU/octubre/LA2_OC_T_DIJU_Constitucion.pdf

Contento-Cedeño, J. Y. (2023). Barreras culturales y lingüísticas en educación sanitaria: Impacto en adherencia a tratamientos. *Salud Medicina e Innovación Journal*, 1(4), 1–17. <https://doi.org/10.70577/ws1stz21>

Córdoba-Villota, E. E., y Velasquez-Mantilla, D. A. (2023). Saberes ancestrales: Las parteras de la medicina tradicional, aprendizajes inmemorables que aún se conservan. *TECHNO REVIEW. International Technology, Science and Society Review /Revista Internacional de Tecnología, Ciencia y Sociedad*, 13(3), 1–10. <https://doi.org/10.37467/revtechno.v13.4797>

Cortez-Coroso, J. E., Zambrano-Reyna, E. J., y Coroso-Mina, M. C. (2025). Políticas públicas dirigidas a comunidades, pueblos y nacionalidades en el Ecuador. *Revista Universidad y Sociedad*, 17(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2218-36202025000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Costa-da Silva, S. (2024). La partería tradicional bajo la mirada vigilante del Estado. *De Raíz Diversa. Revista Especializada en Estudios*

<https://doi.org/10.22201/ppela.24487988e.2024.21.94788>

- Crespo-Antepara, D. N., Narea-Morales, V. E., Gómez-Soledispa, S. J., y Jaramillo-Ávila, E. G. (2023). Parto humanizado con pertinencia intercultural. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 7(47), 156–164. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol7iss47.2023pp156-164>
- De Luca, E., Sena, B., Butcher, K., y de Wal, L. J. (2025). Spirituality and palliative care: International models and new perspectives. *Frontiers in Sociology*, 10, 1523685. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2025.1523685>
- Di Fabio, L. J., Rojas-Almeida, R., y Pueblo-Saraguro, F. Q. (2007). *La Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas: Conceptos, Estrategias, Prácticas y Desafíos* (Primera). Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/sites/default/files/53-SPI-conceptos-estrategias.PDF.pdf>
- Díaz-Quispe, J. P., y Asenjo-Alarcón, J. A. (2025). Partería tradicional en los andes del Perú: Experiencias vividas. *Revista científica ciencias de la salud*, 7, 113. <https://doi.org/10.53732/rccsalud/2025.e7113>
- González-Rivera, V., Albán-Galárraga, M. J., Andrade-Yucailla, V., Hidalgo-Guerrero, I., y Urbano-Rivera, J. (2025). Estudio etnobotánico del uso de plantas medicinales por la población de la ciudad de Puyo, provincia de Pastaza, Amazonía ecuatoriana. *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas*, 24(3), 390–413.
- Hafiz, O., Yin, X., Sun, S., Yang, J., y Liu, H. (2024). Examining the Use and Application of the WHO Integrated People-Centred Health Services

Framework in Research Globally – a Systematic Scoping Review.

International Journal of Integrated Care, 24(2), 9.

<https://doi.org/10.5334/ijic.7754>

Health Policy Institute. (2003). Cultural Competence in Health Care: Is it important for people with chronic conditions? *Health Policy Institute*.

<https://hpi.georgetown.edu/cultural/>

Houghton, N., Báscolo, E., Jara, L., Cuellar, C., Coitiño, A., del Riego, A., y Ventura, E. (2023). Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e94. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.94>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2022). *Resultados Nacionales Definitivos Censo 2022* [Reporte]. https://www.censoecuador.gob.ec/wp-content/uploads/2024/05/Presentacion_Nacional_2da_entrega.pdf

Khatri, R. B., Wolka, E., Nigatu, F., Zewdie, A., Erku, D., Endalamaw, A., y Assefa, Y. (2023). People-centred primary health care: A scoping review. *BMC Primary Care*, 24, 236. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02194-3>

Lema-Paltan, A. L., Pomaina-Pilamunga, B. S., Chicaiza-Ronquillo, J. E., y Chucho-Cuvi, V. R. (2025). Derechos colectivos y la interculturalidad: Transformando la atención sanitaria. *Revista Vive*, 8(23), 421–434. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v8i23.387>

Lineamientos Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud, Registro Oficial Edición Especial 348 Acuerdo Ministerial 5169 (2015). <https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/juri/LEGSALUD/LINEAMIENTOS%20IMPLEMENTACION%20DEL%20MODELO%20DE%20ATENCION%20INTEGRAL%20DE%20SALUD.pdf>

López Gabeiras, M. del P. (2022). La importancia de la comunicación médico-paciente: Un estudio en Argentina. *Persona y Bioética*, 26(2).
<https://doi.org/10.5294/pebi.2022.26.2.5>

Madrid-Tamayo, A. (2019). La Construcción del Estado plurinacional ecuatoriano, más allá del reconocimiento constitucional: Descolonización, autonomías e interculturalidad. *Antropología: Cuadernos de Investigación*, (22), 14–31.

Maroto-Vega, M. F. (2025). Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud. *Revista Hispanoamericana De Ciencias De La Salud*, 11(1), 44–51.
<https://doi.org/10.56239/rhcs.2025.111.913>

Menéndez, E. L. (2023). De omisiones especializadas: La biomedicina como parte intrínseca de la vida de los pueblos originarios. *Salud Colectiva*, 19, e4539. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4539>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)* [Modelo de atención en salud]. Ministerio de Salud Pública.
https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/manual_mais_2013.pdf

Noboa, A. (2023, septiembre 22). Más mestizos, menos afros y pocos blancos: Así se ven los ecuatorianos. *Primicias*.
<https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/censo-ecuador/resultados-poblacion-mestizos-afro-indigena/>

Organización Panamericana de la Salud. (2023, agosto 9). *Un enfoque intercultural y participativo, clave para garantizar la salud de los pueblos indígenas de las Américas—OPS/OMS* |.

<https://www.paho.org/es/noticias/9-8-2023-enfoque-intercultural-participativo-clave-para-garantizar-salud-pueblos-indigenas>

Organización Panamericana de la Salud. (2026). *Avances en salud intercultural a la luz de la Estrategia y Plan de Acción de Etnicidad y Salud de la OPS 2019-2025—OPS/OMS*. <https://www.paho.org/es/eventos/avances-salud-intercultural-luz-estrategia-plan-accion-etnicidad-salud-ops-2019-2025>

Osmancevic, S., Großschädl, F., y Lohrmann, C. (2023). Cultural competence among nursing students and nurses working in acute care settings: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 23(1), 105. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09103-5>

Panchi-Chancusig, W. P., Chiriboga-Mosquera, G. A., Estupíñan, R. J., y Velasteguí-Córdova, M. E. (2022). Derecho de los indígenas a tratamientos con medicina ancestral. *IUSTITIA SOCIALIS*, 7(2), 741–751. <https://doi.org/10.35381/racji.v7i2.2099>

Pérez-Acuña, C. V., y Medina, J. L. (2023). Formación de profesionales de la salud que incorpora la competencia intercultural: Una necesidad actual. *Educación Médica Superior*, 37(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21412023000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Perusset, M. (2023). Comunicación intercultural en contextos atravesados por la diversidad cultural. *Lengua y Sociedad*, 22(1), 101–116. <https://doi.org/10.15381/lengsoc.v22i1.23297>

Quinatoa-Chimborazo, E. V., Olalla-García, M. H., Quinatoa-Tamami, M. K., y Quinatoa-Tamami, M. A. (2025). Parto humanizado intercultural en

<https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v8i1.3301>

Quiroz-Hidrovo, A. L., Larrea-Killinger, C., y 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, e230087es. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230087es>

Ramos-Roure, F., Feijoo-Cid, M., Manresa-Dominguez, J. M., Segura-Bernal, J., García-Sierra, R., Fernández-Cano, M. I., Arreciado Marañón, A., Moreno-Gabriel, E., Flamarich Gol, C., y Toran-Monserrat, P. (2024). A Comparative Study of the Perspectives of Long-Stay Immigrants, Nurses and Cultural Mediators on Intercultural Communication: A Secondary Qualitative Analysis. *Nursing Open*, 11(11), e70074. <https://doi.org/10.1002/nop2.70074>

Reglamento para la aplicación del enfoque intercultural en los establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud, 0082–2017 Reglamento (2017). https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/DNSI-Acuerdo-M-0082_2017-Reglamento-Atenci%D0%B2n-Pacientes-Barreras-de-Acceso.pdf

Rodríguez-Cruz, M. (2017). Interculturalidad, plurinacionalidad y sumak kawsay en Ecuador. La construcción de un nuevo modelo de Estado a través de la educación intercultural bilingüe: Discurso y realidad. *Perfiles educativos*, 39(157), 70–86.

Romero-Tapias, O. Y., Perilla-Benítez, J. C., Cedeño-Tapia, S. J., Tapiero-Rojas, J. D., y Tamayo-Ortiz, J. L. (2022). Medicina tradicional ancestral en el

sistema de salud de Ecuador. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies*, 3(8), 272–286.

<https://doi.org/10.51798/sijis.v3i8.587>

Romo, D. Á., Ocaña, J. A., Pérez, A. M. M., y Sánchez, S. L. (2020). Salud intercultural en la atención primaria de salud: Un modelo de participación social en Ecuador. *Revista Conecta Libertad ISSN 2661-6904*, 4(3).

<https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/148-156>

Ruíz-Hernández, R. (2023). Mediación intercultural en el ámbito sanitario: Contribuciones a la atención sanitaria. *Itinerarios de Trabajo Social*, (3), 76–83. <https://doi.org/10.1344/its.i3.40461>

Santana-Santos, T., Gois-Santana, M. A., Oliveira-da Cunha, J., Dantas-dos Santos, A., y Rodrigues-Lima, A. C. (2023). Eventos adversos en la atención primaria a la salud. *Enferm Foco*, 14.

Soleimani, M., y Yarahmadi, S. (2023). Cultural competence in critical care nurses and its relationships with empathy, job conflict, and work engagement: A cross-sectional descriptive study. *BMC Nursing*, 22(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01285-x>

Tigrero-Pilay, A. A., Leon-Quinteros, M. J., y Baque-Reyes, I. A. (2025a). Educación Intercultural En Salud Desde El Rol Del Técnico Superior En Enfermería Como Puente Entre Saberes Médicos Modernos Y Ancestrales. *Revista de Investigación Formativa: Innovación y Aplicaciones Técnico - Tecnológicas*, 7(2), 29–39.

Tigrero-Pilay, A. A., Leon-Quinteros, M. J., y Baque-Reyes, I. A. (2025b). Educación Intercultural En Salud Desde El Rol Del Técnico Superior En Enfermería Como Puente Entre Saberes Médicos Modernos Y

Ancestrales. *Revista de Investigación Formativa: Innovación y Aplicaciones Técnico - Tecnológicas*, 7(2), 29–39.

Torres-Fernandez, S. L., Vega-Ramírez, A. S., Mogollón-Torres, F. de M., Díaz-Manchay, R. J., y Tejada-Muñoz, S. (2024). *Interculturalidad: Un reto en la formación de enfermeros*. <http://hdl.handle.net/10045/147954>

Tubay-Zambrano, F., Japón-Gualán, Á., y Quichimbo-Saquichagua, F. F. (2023). Cartilla educativa: Salud intercultural y medicina ancestral. En *UCuenca Press*. UCuenca Press. <https://editorial.ucuenca.edu.ec/omp/index.php/ucp/catalog/book/141>

Vargas-Vásquez, A. N., Mantilla, M. I., Moncada-Caicedo, A. M., y Castro-Yara, A. P. (2022). Prácticas culturales de cuidado en el binomio madre hijo durante el puerperio: Revisión integrativa. *Hacia la Promoción de la Salud*, 27(2), 189–202. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2022.27.2.14>

Vásconez-Viscarra, R. D., Villa-Ñauñay, L. M., Chela-Chela, B. A., y Navas-Montes, Y. (2024). Brechas de discriminación y mejoras en la atención a pueblos y nacionalidades indígenas con barreras socio-culturales y geográficas. *Sinergia Académica*, 7(Especial 2), 223–237. <https://doi.org/10.51736/n6vmwz15>

Verdezoto-Michuy, C. L., Macías-Sánchez, K. G., Betancourt Zambrano, S. V., Carbo-Chambe, C. de J., y Verdezoto-Michuy, M. N. (2025). El rol del personal de enfermería en la promoción de la salud en comunidades rurales. *Polo del Conocimiento*, 10(8), 478–495. <https://doi.org/10.23857/pc.v10i8.10158>

Vinueza-Terán, K. E., Negrete-Andino, E. X., Mora-Tobar, M. Á., y Anais, B. O. (2026). Cultura de seguridad del paciente y la comunicación efectiva en el

ámbito de la Enfermería. *Ciencia y Educación*, 7(1.1), 784–794.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.18701027>

World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services* (p. 19).

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-en.pdf

Yépez-Pazos, J. L., Muñoz-Rosero, A. M., Molina-Gutiérrez, T. de J., y Chachalo-Sandoval, M. G. (2025). Influencia de la medicina tradicional en la atención obstétrica en comunidades indígenas de Ecuador. *Sanitas. Revista arbitrada de ciencias de la salud*, 4(UNIANDÉS2), 37–45.

<https://doi.org/10.62574/r8bzd630>

Zada-González, E., y Bravo-Placeres, I. (2023). Saberes ancestrales para la conservación del patrimonio cultural inmaterial de la comunidad Cofán Dureno, Ecuador. *Revista UNIANDÉS Episteme*, 10(1), 69–87.

Zarchi-Atiencina, D. G. (2018). *La situación actual de la partería en el Ecuador* [Universidad de las Américas].

<http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/10022>

Resumen

Este libro se inscribe en una búsqueda que no es únicamente académica, sino profundamente humana: comprender cómo se construye el cuidado en salud cuando convergen múltiples formas de ver y habitar el mundo. En el contexto ecuatoriano, donde la plurinacionalidad no es un concepto abstracto sino una realidad cotidiana, la enfermería intercultural emerge como un campo necesario para repensar la práctica clínica más allá de los límites tradicionales de la biomedicina. A lo largo de la obra, se exploran las tensiones, encuentros y posibilidades que surgen entre el conocimiento científico y los saberes ancestrales, reconociendo que ambos contienen valor y sentido en la experiencia del cuidado. El texto propone una mirada integradora que no busca sustituir un modelo por otro, sino generar espacios de diálogo donde el respeto, la escucha y la comprensión cultural se conviertan en pilares de la atención. Desde los fundamentos teóricos hasta las experiencias en escenarios clínicos y comunitarios, se evidencia el rol de la enfermería como puente entre sistemas de conocimiento, capaz de mediar, interpretar y acompañar procesos de salud y enfermedad desde una perspectiva más amplia. Asimismo, se reflexiona sobre la formación profesional, la humanización del cuidado y los desafíos contemporáneos que atraviesan los sistemas de salud. Lejos de ofrecer respuestas cerradas, este libro abre caminos. Invita a cuestionar prácticas naturalizadas, a reconocer la riqueza de la diversidad cultural y a construir una atención más digna, donde el cuidado no solo cure, sino también comprenda y respete profundamente la vida.

Palabras Clave: Enfermería intercultural, salud plurinacional, saberes ancestrales, humanización del cuidado, diversidad cultural.

Abstract

This book emerges from a pursuit that is not merely academic, but deeply human: to understand how healthcare is shaped when multiple ways of seeing and inhabiting the world converge. In the Ecuadorian context, where plurinationality is not an abstract concept but a lived reality, intercultural nursing becomes a necessary field for rethinking clinical practice beyond the traditional boundaries of biomedicine. Throughout the work, tensions, encounters, and possibilities between scientific knowledge and ancestral wisdom are explored, acknowledging that both hold meaning and value within the experience of care. The text advances an integrative perspective that does not aim to replace one model with another, but rather to create spaces for dialogue where respect, listening, and cultural understanding become central pillars of healthcare. From theoretical foundations to experiences in clinical and community settings, the role of nursing is highlighted as a bridge between knowledge systems, capable of mediating, interpreting, and accompanying health and illness processes from a broader perspective. In addition, reflections are offered on professional training, the humanization of care, and the contemporary challenges faced by healthcare systems. Rather than providing definitive answers, this book opens pathways. It invites readers to question normalized practices, to recognize the richness of cultural diversity, and to build a more dignified form of care—one that not only heals, but also understands and profoundly respects life.

Keywords: Intercultural nursing, plurinational health, ancestral knowledge, humanized care, cultural diversity

ISBN: 978-9942-7463-9-9

