



Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Trabajo Final de la Licenciatura en Enfermería

**Contribución de enfermería en los cuidados ancestrales: un enfoque desde los saberes
comunitarios.**

Alumna: Enf. Cortesi Fernández Jazmín Aldana.

Profesoras: Dra.Prof.Lic Calisaya Silvia.

17/11/2025

INDICE

AGRADECIMIENTOS	4
RESUMEN.....	6
I. INTRODUCCIÓN.....	7
II. PROBLEMA CIENTÍFICO	11
III. OBJETIVOS	13
Objetivos específicos.....	13
Hipótesis.....	13
4. MARCO TEÓRICO.....	14
4.1 ANTECEDENTES.....	14
4.2 BASES TEÓRICAS	18
Características sociodemográficas	18
4.2.1 El cuidado ancestral: un saber milenario en la construcción de salud	21
4.2.2 Colonización y saberes silenciados: una definición desde la crítica latinoamericana.....	23
4.2.3 Memoria, despojo y resistencia: una mirada histórica a los pueblos mapuche y wichí	24
4.2.4 Tramas culturales del cuidado: vida comunitaria, espiritualidad y organización indígena..	26
4.2.5 La enfermería como interlocutora cultural en territorios indígenas	27
4.2.6 Entre la sabiduría ancestral y la biomedicina: tensiones y desafíos.....	28
4.2.7 La enfermería como puente intercultural: hacia un cuidado integral	32
4.3 TEORISTAS	35
4.3.1 Madeleine Leininger: Fundadora de la Enfermería Transcultural	35
4.4 MARCO NORMATIVO Y LEGAL	37
5. MATERIALES Y MÉTODOS	40
5.1 Población de estudio:.....	40
5.2 Muestra:.....	40
5.3 Unidad de Análisis:	40
5.4 Tipo de muestreo:.....	40
5.5 Criterios de Inclusión:	40
5.6 Criterios de Exclusión:	41
5.7 Tipo de Diseño	41
5.8 Tipo de Análisis	41
5.9 Tipo de instrumento de recolección	42
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	43
RESULTADOS.....	51
DISCUSIÓN	69
CONCLUSIÓN.....	72

RECOMENDACIONES.....	73
BIBLIOGRAFÍA	75
I. ANEXOS	82
Valor de dimensiones	82
Encuesta	83
II. ANEXO	88
Consentimiento informado	100

AGRADECIMIENTOS

A lo largo de este recorrido académico y personal, fueron muchas las personas que, con su apoyo y cariño, hicieron posible la concreción de este trabajo.

A mis profesores y profesoras, por compartir su conocimiento, por su acompañamiento constante y por haberme guiado con compromiso y dedicación durante todo el proceso formativo.

A mi familia, por su amor incondicional y por haber estado presente en cada paso. En especial, a mi mamá, por ser mi mayor ejemplo de fortaleza y por enseñarme, con su esfuerzo y su ternura, que todo se puede alcanzar con perseverancia y amor. Ser la primera licenciada de mi familia me llena de orgullo, y este logro también les pertenece a ellos, porque fue posible gracias a su apoyo, sus sacrificios y su confianza inquebrantable. A quienes ya no están físicamente, pero siguen presentes en mi corazón, gracias por haber formado parte de este camino; sé que les hubiera encantado verme llegar hasta aquí.

A mi novio, por acompañarme con paciencia, comprensión y alegría durante estos últimos dos años, por ayudarme a relajarme, a confiar más en mí y a disfrutar de cada etapa de este camino.

A mis compañeras de trabajo, por cubrirme guardias cuando lo necesité y por alentarme cuando el cansancio parecía más fuerte. Su compañerismo y comprensión fueron clave para poder llegar hasta acá.

A mis compañeros y compañeras de cursada, con quienes compartí desafíos, aprendizajes y tantas horas de estudio, pero también tantas risas que hicieron más liviano el camino y transformaron la carrera en una experiencia inolvidable. Y, de manera muy especial, a aquellas compañeras que se convirtieron en amigas cercanas, un sostén fundamental y un pilar emocional en esta etapa, cuya amistad espero conservar por muchos años más.

A los profesionales de enfermería que participaron en la investigación, por su tiempo, su predisposición y por compartir con generosidad sus experiencias y perspectivas. Su aporte permitió construir este trabajo desde la realidad viva de la práctica, dando sentido y profundidad a cada uno de los resultados.

Agradezco finalmente a todas las comunidades originarias que continúan sosteniendo y transmitiendo sus saberes ancestrales, fuente de inspiración y aprendizaje para repensar la enfermería desde un enfoque más humano, solidario y respetuoso. Este trabajo está dedicado a ellas y a todos los que creen en un cuidado que une, reconoce y honra la diversidad.

RESUMEN

En el contexto sanitario actual, caracterizado por el predominio del modelo biomédico, surge la necesidad de replantear el rol de la enfermería desde una perspectiva intercultural que valore la diversidad cultural y los saberes ancestrales como parte esencial del cuidado. Estos conocimientos, transmitidos de generación en generación, integran dimensiones físicas, espirituales, comunitarias y territoriales, ofreciendo un enfoque integral de la salud. El objetivo del estudio fue analizar cómo la enfermería contribuye a la integración de los cuidados ancestrales en centros de salud interculturales del norte y sur de Argentina. Se realizó una investigación descriptiva, de enfoque mixto y corte transversal, con una muestra de 80 profesionales de enfermería pertenecientes a instituciones públicas y comunitarias de Neuquén y Salta. Los resultados evidenciaron que el 80% de los profesionales reconoció plenamente la presencia y relevancia de las prácticas ancestrales en las comunidades, mientras que un 80% manifestó poseer un conocimiento alto sobre estos saberes, reflejando una apropiación sólida en su práctica profesional. Se concluye que la enfermería cumple un rol esencial como puente entre la biomedicina y los saberes ancestrales, reafirmando su compromiso con la equidad cultural y el respeto a la diversidad en salud.

Palabras clave: *Enfermería; Cuidados ancestrales; Interculturalidad; Saberes comunitarios; Diversidad cultural; Salud integral; Equidad cultural.*

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, dentro del ámbito de la salud, se está empezando a cuestionar el enfoque biomédico tradicional que, durante mucho tiempo, fue considerado el único válido. Este modelo ha dejado poco espacio a otros saberes, especialmente aquellos vinculados a prácticas ancestrales o comunitarias, que muchas veces fueron desvalorizadas o directamente ignoradas. En este contexto, la enfermería, como disciplina que está muy cerca de las personas y sus procesos de salud, tiene una oportunidad clave para revisar sus fundamentos y abrirse a nuevas formas de cuidado más inclusivas y respetuosas de la diversidad cultural.

La investigación se centra en analizar las formas en que la enfermería puede contribuir a la integración de los cuidados ancestrales en la práctica profesional y en la formación académica. Se busca comprender cómo estos saberes, profundamente enraizados en la historia, la cultura y la espiritualidad de los pueblos originarios, pueden dialogar con la enfermería sin que ello implique imponer un único modelo de atención. Esta problemática no emerge únicamente desde el ámbito académico, sino también desde la realidad concreta de muchos territorios donde las comunidades continúan sosteniendo sus propias formas de sanar, y donde los equipos de salud enfrentan el desafío de construir vínculos respetuosos con esos conocimientos.

Hay investigaciones que alertan sobre esta falta de integración. Por ejemplo, Cofré-González et al. identifican que, en muchos programas de formación en enfermería, la interculturalidad está ausente o apenas mencionada [1]. Esto genera una brecha entre lo que se enseña en las aulas y las realidades concretas de las comunidades. Es decir, se forma a los futuros profesionales bajo un modelo biomédico que no contempla adecuadamente las prácticas y cosmovisiones culturales de los pueblos originarios o de comunidades rurales alejadas de los grandes centros urbanos. Esto puede derivar en situaciones de incomprensión, resistencia al tratamiento o incluso en un rechazo al sistema de salud formal, con consecuencias directas en los indicadores sanitarios.

Por su parte, Mancinelli estudió el caso de la Tecnicatura en Enfermería Intercultural Bilingüe en comunidades wichí, y mostró cómo la participación de los pueblos indígenas en la formación puede fortalecer el cuidado y hacer que se respeten sus costumbres y conocimientos [2]. La autora destaca que estos espacios de formación conjunta permiten una verdadera articulación de saberes, en lugar de una relación vertical impuesta desde la lógica occidental. Sin embargo, también advierte que estas experiencias siguen siendo excepcionales, muchas veces sostenidas por el esfuerzo local y no por políticas públicas estructuradas. Esta falta de institucionalización limita su impacto y visibilidad.

Desde otro enfoque, Rodríguez plantea que el derecho a una salud intercultural está ligado a la justicia epistémica, es decir, al reconocimiento de los saberes que históricamente fueron excluidos [3]. En su visión, para lograr una atención verdaderamente justa e igualitaria es necesario escuchar y valorar esas otras formas de cuidar que existen en los pueblos indígenas y migrantes. El enfoque de justicia epistémica no se limita a la inclusión de contenidos curriculares, sino que implica una transformación profunda del modo en que concebimos el conocimiento válido en salud, reconociendo que existen múltiples formas de saber y de sanar.

Aguilar-Peña et al. también refuerzan esta mirada al afirmar que no alcanza con adaptar el modelo biomédico: se necesita crear un diálogo real, horizontal y respetuoso entre las medicinas [4]. Esto implica, entre otras cosas, aceptar la medicina ancestral como válida, incluir lenguas originarias, y formar al personal de salud desde el nivel técnico hasta el posgrado con una mirada intercultural. Los autores plantean que solo a través de este enfoque integral se puede lograr una atención verdaderamente culturalmente pertinente, que no solo atienda síntomas, sino que considere a la persona en su totalidad, incluyendo sus vínculos, espiritualidad, territorio e historia.

En Argentina, López y Lepez destacan que la enfermería debe asumir un rol más activo frente a estas demandas [5]. Más que aplicar técnicas, proponen que la profesión se abra a funciones de gestión, asesoramiento e intervención en contextos donde conviven distintas culturas, con el objetivo de que los cuidados sean más adecuados y respetuosos. Esto también incluye la participación en el diseño de políticas públicas, en la capacitación de equipos de salud, y en el trabajo comunitario, especialmente en aquellas zonas donde la presencia indígena es significativa. A estos aportes se suman los de la obra “Derecho a la salud intercultural”, donde se analiza cómo muchas veces el derecho a la salud no se garantiza plenamente para los pueblos originarios, justamente por la falta de adecuación del sistema a sus necesidades culturales. Allí se plantea que el acceso a la salud debe contemplar no solo la atención médica, sino también la posibilidad de ser atendido por agentes comunitarios propios, en lengua originaria, y con respeto por sus prácticas espirituales y terapéuticas.

En este camino, la teoría de la enfermería transcultural desarrollada por Madeleine Leininger es una referencia fundamental. Según la autora, "el cuidado es un fenómeno universal, pero con variaciones culturales. Comprender estas diferencias es esencial para brindar cuidados culturalmente congruentes" [6]. Su propuesta invita a adaptar los cuidados a los valores, creencias y prácticas de cada grupo, lo que cobra especial relevancia en contextos diversos como el nuestro. Además, Leininger sostenía que el conocimiento cultural debe guiar la toma de decisiones en enfermería, promoviendo un cuidado que no solo sea técnico, sino también humano y culturalmente sensible.

Considerar la diversidad de realidades culturales presentes en el país, especialmente en regiones donde los cuidados ancestrales siguen vigentes, invita a repensar cómo se construye la práctica profesional de enfermería. Incorporar estas formas de cuidado en el ejercicio cotidiano no solo permite brindar una atención más cercana y respetuosa, sino que también fortalece los vínculos entre el sistema de salud y las comunidades. En este sentido, la

Organización Panamericana de la Salud (OPS) destaca la importancia de los diálogos interculturales para visibilizar las prioridades en temas de salud intercultural y promover el acceso equitativo a servicios de salud culturalmente apropiados [7]. Esta perspectiva impulsa la formación de profesionales capaces de habitar los territorios con sensibilidad, reconociendo y valorando los saberes que allí circulan, más allá del marco técnico convencional.

En función de lo expuesto, el estudio tiene como objetivo aportar a la reflexión sobre el modo en que la enfermería puede contribuir a recuperar y articular los cuidados ancestrales con la práctica profesional, desde una perspectiva crítica, situada y respetuosa de la diversidad. En este sentido, se reconoce que la enfermería no puede permanecer ajena a los procesos de transformación cultural que atraviesan a las comunidades y que, en lugar de imponer modelos únicos, debe aprender a dialogar con otros saberes.

El estudio se llevó a cabo bajo un diseño metodológico de carácter descriptivo con un enfoque de corte transversal cuantitativo -cualitativo (mixto).

II. PROBLEMA CIENTÍFICO

En el contexto actual, la práctica de la enfermería continúa estando fuertemente influenciada por un modelo biomédico que, en muchos casos, omite considerar la diversidad cultural de los pacientes. Esta situación genera una distancia entre los profesionales de salud y las personas que pertenecen a pueblos originarios u otras comunidades portadoras de saberes ancestrales. Las prácticas tradicionales de cuidado, transmitidas de generación en generación, suelen quedar excluidas de los sistemas formales de atención, lo que genera barreras de acceso, desconfianza hacia el sistema de salud y atención no integral.

La enfermería, como disciplina comprometida con el cuidado holístico y humano, enfrenta el desafío de reconocer y valorar estos saberes ancestrales, no como curiosidades marginales, sino como conocimientos válidos que pueden complementar y enriquecer la atención. Sin embargo, se observa que, en la formación profesional y en la práctica cotidiana, persiste una mirada eurocentrada que limita las posibilidades de un verdadero diálogo intercultural. Esta situación no solo afecta la calidad del cuidado, sino también vulnera el derecho a una atención pertinente y respetuosa para quienes habitan contextos socioculturales diversos.

Este trabajo se centra en la necesidad de repensar la práctica de enfermería desde un enfoque que integre saberes ancestrales, reconociendo su valor epistémico y su potencial para contribuir al bienestar.

En este contexto, se vuelve relevante indagar cómo se da el intercambio de conocimientos entre la enfermería y los saberes ancestrales en centros de salud interculturales del norte y del sur de la República Argentina, durante el período abril-agosto 2025, con el objetivo de comprender como la práctica profesional se integra al proceso de estos cuidados en contextos culturalmente diversos.

¿Cómo se integra la enfermería a los cuidados ancestrales en centros de salud interculturales del norte y del sur de la República Argentina, durante el período abril-agosto 2025?

III. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar cómo se integra la enfermería a los cuidados ancestrales en centros de salud interculturales del norte y del sur de la República Argentina, durante el período abril-agosto 2025.

Objetivos específicos

- Identificar las prácticas de cuidados ancestrales presentes en las comunidades seleccionadas.
- Describir los conocimientos del personal de enfermería respecto a los saberes ancestrales.
- Examinar las posibilidades de articulación entre los cuidados ancestrales y las prácticas profesionales de enfermería.

Hipótesis

La integración de la enfermería a los cuidados ancestrales en centros de salud interculturales del norte y sur de la República Argentina se presenta de forma positiva, mediante la participación activa de las comunidades originarias y la adecuación de las prácticas de cuidado a los contextos culturales específicos.

4. MARCO TEÓRICO

Los cuidados ancestrales forman parte de un entramado de saberes milenarios que han sido históricamente transmitidos en las comunidades indígenas y rurales, y que siguen vigentes como formas legítimas de cuidado de la salud. En el contexto de la enfermería, reconocer e integrar estos saberes representa un desafío y, a la vez, una oportunidad para ampliar el enfoque del cuidado desde una perspectiva intercultural.

La investigación tiene como objetivo explorar de qué manera puede contribuir la enfermería en la integración de los cuidados ancestrales dentro de los sistemas de salud. Para ello, el siguiente marco teórico se compone de antecedentes bibliográficos relevantes, aportes de la teoría de la enfermería transcultural de Madeleine Leininger y perspectivas del pensamiento decolonial, junto con el análisis del marco normativo que respalda la interculturalidad en el ámbito sanitario. Estos elementos permitirán sustentar conceptualmente la problemática abordada.

4.1 ANTECEDENTES

Lino-Indio et al. [8] realizaron un estudio de enfoque cuantitativo y descriptivo mediante análisis documental de artículos científicos y tesis publicadas entre 2018 y 2023, centrado en el concepto de enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado. La investigación identifica que las desigualdades en salud están directamente relacionadas con la etnia, la lengua, la religión y otros factores culturales, y que la falta de competencias culturales en los profesionales puede generar barreras de comunicación y acceso. El estudio propone que la formación integral en enfermería transcultural, basada en el modelo de Madeleine Leininger, es clave para garantizar una atención humanizada, contextualizada y respetuosa de los valores y creencias de las comunidades. Se concluye que incorporar

modelos culturalmente sensibles fortalece el rol profesional y favorece una práctica del cuidado ética e inclusiva.

Complementando esta perspectiva conceptual, Fernández, Nobile y Turconi [9] presentan una reflexión teórico-práctica basada en una experiencia de intervención preprofesional en un centro de salud de Córdoba, Argentina, con mujeres migrantes y de sectores populares. El estudio se inscribe en el marco de los feminismos decoloniales y el enfoque de salud colectiva, y adopta una perspectiva metodológica cualitativa, situada y relacional, construida desde el territorio. Las autoras analizan cómo el modelo biomédico ha desplazado e invisibilizado los saberes ancestrales y femeninos, generando un epistemicidio que impacta tanto en la formación profesional como en la práctica cotidiana. Como contrapartida, proponen la ecología de saberes como base para un diálogo intercultural, donde las prácticas comunitarias y tradicionales sean reconocidas como legítimas. La investigación destaca el potencial de la enfermería para desandar la herencia colonial-capitalista-patriarcal del cuidado, y construir espacios colectivos de atención donde la experiencia, los rituales y el conocimiento compartido entre mujeres sean formas válidas y efectivas de cuidado en salud.

Desde un enfoque más aplicado, Monteiro et al. [10] realizaron una revisión de alcance siguiendo la metodología PRISMA-ScR, con el objetivo de identificar las acciones de cuidado de enfermería dirigidas a poblaciones indígenas. Se analizaron ocho estudios realizados en Brasil entre 2010 y 2021. Entre los hallazgos más relevantes se identifican como prácticas frecuentes las consultas clínicas, la educación sanitaria, la promoción y prevención de la salud, y la participación en campañas de vacunación. Sin embargo, los estudios también evidencian dificultades estructurales y culturales, como la barrera idiomática, la escasa formación intercultural del personal, la falta de recursos y la alta rotación de profesionales. A pesar de estas limitaciones, se reconoce el rol central de la enfermería en los equipos de salud indígena, y se subraya la urgencia de diseñar modelos de

atención que incorporen los saberes ancestrales de las comunidades como parte de una práctica intercultural efectiva.

En la misma línea, Mier-Báez et al. [11] llevaron a cabo una revisión sistemática basada en la guía PRISMA, con el objetivo de describir la importancia de las prácticas ancestrales e interculturales en la aplicación de la normativa ESAMYN en Ecuador. A partir del análisis de 15 artículos científicos publicados entre 2019 y 2024, el estudio identifica que prácticas como el uso de infusiones, la verticalidad en el parto, los rituales comunitarios y la promoción cultural de la lactancia materna, cuando se integran con protocolos biomédicos, generan mejores resultados en salud materno-infantil y aumentan la confianza de las comunidades hacia el sistema sanitario. Asimismo, se destaca el fortalecimiento de la autonomía de las mujeres y el respeto por las cosmovisiones indígenas. No obstante, el trabajo advierte que aún persisten desafíos, como la necesidad de formación intercultural del personal de salud, la adaptación contextual de los servicios y una mayor participación comunitaria en la toma de decisiones sanitarias.

Por su parte, Mancinelli [2] llevó a cabo una investigación cualitativa etnográfica centrada en la implementación de la Tecnicatura en Enfermería Intercultural Bilingüe en comunidades wichí del Chaco salteño, Argentina. La autora trabajó mediante entrevistas, observación participante y análisis documental, con el objetivo de explorar los procesos de formación profesional en salud desde un enfoque intercultural. Uno de los principales hallazgos del estudio es que la co-construcción del diseño curricular entre equipos técnicos y referentes indígenas permitió incorporar prácticas de cuidado tradicionales en la formación en enfermería, promoviendo una atención más respetuosa y efectiva. Asimismo, se resalta el valor del conocimiento situado y la participación comunitaria como pilares de una práctica profesional que reconozca los saberes ancestrales. La investigación evidencia cómo la interculturalidad en salud no puede ser entendida solo como un principio normativo, sino

como una práctica concreta que requiere transformaciones institucionales profundas. Este antecedente resulta relevante para el presente trabajo, ya que, si bien se enfoca en el plano formativo, ofrece aportes significativos sobre la articulación entre la enfermería y los saberes indígenas, reafirmando la necesidad de incluir las voces comunitarias en el diseño y gestión del cuidado.

En conjunto, estos antecedentes permiten identificar una preocupación compartida en el campo de la enfermería por incorporar los saberes ancestrales a la práctica profesional, ya sea desde la intervención directa en comunidades (Fernández, Nobile y Turconi [9]), la sistematización de experiencias de cuidado en contextos indígenas (Monteiro et al. [10]; MierBáez et al. [11]) o la formación de profesionales en clave intercultural (Mancinelli [2]). Todos los estudios destacan como hallazgos clave la importancia del respeto por las cosmovisiones locales, la necesidad de superar las barreras culturales e institucionales, y el rol estratégico de la enfermería en la construcción de una atención en salud más humanizada e inclusiva. Las metodologías utilizadas abarcan tanto enfoques cualitativos como cuantitativos y revisiones sistemáticas, lo cual evidencia un interés creciente desde distintos abordajes. La presente investigación se nutre de estos aportes, pero se distingue por centrarse en la experiencia concreta del cuidado desde los conocimientos ancestrales, poniendo el foco en cómo las enfermeras y enfermeros integran (o no) estas prácticas en los centros de salud interculturales. Así, se busca contribuir a visibilizar formas de cuidado que, lejos de ser residuales o folklóricas, son vivas, efectivas y culturalmente significativas.

4.2 BASES TEÓRICAS

Características sociodemográficas

La relación entre los cuidados ancestrales y el territorio es otro aspecto central que no puede pasarse por alto. Tal como lo señala el autor, “el cuidado no puede ser comprendido sin considerar el espacio donde se inscribe: la montaña, el río, la selva, son parte constitutiva del proceso salud-enfermedad” [20]. En las comunidades originarias, la salud no está separada del entorno: es un tejido que enlaza a la persona con la tierra, los ciclos naturales, los elementos y las fuerzas espirituales. La naturaleza no es solo un recurso, sino un ser vivo con quien se establece un vínculo recíproco de respeto y cuidado. De allí que la práctica de la medicina ancestral esté intrínsecamente ligada al territorio; cada planta, cada piedra, cada fuente de agua posee un significado y un poder específico dentro de ese entramado. La pérdida de territorio, tan frecuente en los procesos de despojo y desplazamiento forzado, no solo implica la pérdida de bienes materiales, sino también el arrasamiento simbólico y práctico de las formas de cuidar y sanar.

Por eso, defender el territorio es, en muchos casos, defender la continuidad misma de estos saberes y prácticas. Sin la tierra, sin ese espacio sagrado que sustenta las plantas medicinales, los rituales y las relaciones comunitarias, los cuidados ancestrales corren el riesgo de desaparecer o de convertirse en meras representaciones vacías de sentido. Como afirman líderes comunitarios y sanadores tradicionales en distintos encuentros de salud intercultural, cuidar la salud es también cuidar el territorio, porque es allí donde se encarna la memoria, la historia y la vida colectiva. En este marco, cualquier intento serio de integrar los cuidados ancestrales en los sistemas de salud debe partir del reconocimiento profundo de esa conexión, y de la necesidad de proteger los territorios como parte inseparable de la salud integral de los pueblos [20].

Esta investigación toma como referencia dos regiones argentinas con fuerte presencia indígena y con desarrollos incipientes en políticas de salud intercultural: la zona de Aluminé, en la provincia de Neuquén, y la zona de Embarcación–El Carboncito, en Salta. En ambas regiones, los pueblos originarios mantienen una presencia territorial y cultural significativa, lo cual representa un escenario privilegiado para el análisis del vínculo entre los cuidados ancestrales y el rol de la enfermería.

Argentina es un país extenso y diverso, tanto en términos geográficos como culturales. En el norte del país, el pueblo wichí habita principalmente el Chaco salteño, especialmente en departamentos como Rivadavia, Orán y San Martín. Esta región se caracteriza por un entorno de monte semiárido, con altas temperaturas, baja densidad poblacional y condiciones de vida marcadas por el aislamiento territorial. Los wichís han desarrollado históricamente una economía basada en la recolección, la pesca y la caza, y sostienen prácticas de cuidado fuertemente vinculadas a la espiritualidad, el monte y el equilibrio con la naturaleza [1].

En el extremo sur, el pueblo mapuche se encuentra en la provincia de Neuquén, particularmente en la cuenca del Ruca Choroy, en el departamento de Aluminé. Esta zona cordillerana presenta un paisaje de lagos, montañas y bosques de araucarias, dentro del Parque Nacional Lanín. Allí, comunidades como la mapuche Aigo combinan el uso de plantas medicinales (lawen), ceremonias espirituales y conocimientos ancestrales para el cuidado de la salud, todo en estrecha relación con el territorio, la memoria y la defensa del bosque nativo [2].

Estas dos regiones representan contextos contrastantes, pero comparten la persistencia de cosmovisiones propias sobre la salud, la enfermedad y el cuidado. Por ello, situar

geográfica y culturalmente estas comunidades resulta clave para comprender el sentido profundo de los cuidados ancestrales y los desafíos de su articulación con la enfermería.

En la provincia de Neuquén, la comunidad mapuche asentada en la cuenca del Ruca Choroy sostiene una vida comunitaria organizada en torno a lof (unidad sociopolítica mapuche), con formas propias de organización, espiritualidad y atención de la salud. El territorio, las prácticas de rewe, la medicina basada en lawen (plantas medicinales), y la figura de la pijañ kuce (persona sabia y curadora) son elementos fundamentales para comprender su concepción del cuidado. Esta región ha sido pionera en la incorporación de agentes sanitarios indígenas y en la instalación de oficinas de salud intercultural [21].

Por su parte, en el norte de Salta, en la localidad de Embarcación y El Carboncito, se encuentran comunidades pertenecientes al pueblo wichí, cuyas formas de vida, idioma, cosmovisión y modos de curación constituyen un sistema complejo y autónomo de conocimientos. El uso de plantas, los rituales de sanación, la palabra del/la sabio/a y la centralidad de la naturaleza en el equilibrio vital son aspectos clave en su concepción de la salud. Sin embargo, estas comunidades enfrentan históricamente altos niveles de vulnerabilidad social y barreras en el acceso a servicios de salud culturalmente adecuados, lo que genera tensiones con el modelo biomédico tradicional [22].

La elección de estas dos regiones responde a la intención de recuperar experiencias situadas en contextos distintos, pero con un denominador común: la persistencia de prácticas ancestrales que desafían el esquema hegemónico de cuidado, y que interpelan a la enfermería a repensar su lugar como disciplina mediadora entre el sistema de salud y los saberes comunitarios.

4.2.1 El cuidado ancestral: un saber milenario en la construcción de salud

La noción de cuidados ancestrales hace referencia a un conjunto amplio y diverso de saberes, técnicas y valores ligados al cuidado de la salud, que han sido transmitidos de generación en generación dentro de comunidades originarias y rurales. Estos cuidados son el resultado de siglos de observación, práctica y relación estrecha con la naturaleza, y abarcan desde la utilización de plantas medicinales, infusiones, ungüentos y masajes, hasta rituales de sanación, limpiezas espirituales y ceremonias comunitarias. Lejos de tratarse de prácticas aisladas o marginales, los cuidados ancestrales constituyen un sistema complejo y coherente de pensamiento que integra la salud física, emocional, espiritual y social de las personas. Están profundamente ligados a cosmovisiones específicas sobre la vida, la enfermedad y la muerte, donde el bienestar individual es inseparable del equilibrio colectivo y del respeto por la naturaleza [12].

En este marco, el cuidado no es concebido como una intervención puntual sobre el cuerpo enfermo, sino como un proceso permanente de armonización entre el ser humano y su entorno. La relación con la tierra, los ciclos de la luna, las estaciones del año y las energías del universo forman parte de ese entramado de sentido que da vida a los cuidados ancestrales. Por ejemplo, en muchas culturas andinas, la preparación de remedios naturales no solo requiere conocimiento técnico, sino también la observancia de rituales específicos que invocan la protección y el poder de la Pachamama (Madre Tierra), reforzando la idea de que la salud es un fenómeno profundamente relacional y espiritual. Estos saberes, aunque a menudo desvalorizados por el modelo biomédico, siguen siendo fundamentales para miles de personas que encuentran en ellos no solo alivio físico, sino también contención emocional y sentido de pertenencia a una comunidad que cuida y se deja cuidar.

Los cuidados ancestrales "no solo incluyen la atención de enfermedades mediante hierbas medicinales, sino que abarcan rituales, masajes, parteras tradicionales, y un complejo entramado simbólico que orienta el bienestar físico, emocional y espiritual" [13]. Este enfoque difiere radicalmente del modelo biomédico, ya que no separa lo biológico de lo cultural ni lo espiritual, considerando la salud como un equilibrio integral entre el individuo, la comunidad y el territorio [14].

En la región andina, por ejemplo, la salud se concibe a partir del principio de *ayni* (reciprocidad), que regula tanto las relaciones sociales como las prácticas de cuidado. Este concepto ha sido estudiado y los autores destacan que "las prácticas médicas tradicionales están atravesadas por una ética comunitaria donde el cuidado no es individualizado sino profundamente colectivo" [15]. Este patrón se replica en diversas culturas indígenas de América Latina, aunque adaptado a cada contexto y cosmovisión particular.

La medicina ancestral comprende no solo saberes empíricos sobre el uso de plantas medicinales, sino también conocimientos sobre ciclos naturales, fases lunares, señales del cuerpo y, fundamentalmente, un lenguaje simbólico cargado de significados. Como afirma el documento, "lo ancestral no es únicamente lo antiguo: es una forma viva de relación con el mundo que sigue vigente en las prácticas de salud de muchas comunidades" [16].

El reconocimiento de estas prácticas como saberes legítimos ha ido en aumento en las últimas décadas, sobre todo a partir de los movimientos indígenas y campesinos que luchan por visibilizar sus conocimientos y desafiar la hegemonía biomédica. Sin embargo, la literatura también señala que, pese a los avances discursivos, la

implementación efectiva de un diálogo entre estos saberes y los sistemas de salud sigue siendo limitada y fragmentada [17].

4.2.2 Colonización y saberes silenciados: una definición desde la crítica latinoamericana

El concepto de colonización no se refiere únicamente a un proceso histórico de conquista territorial, sino a una estructura de poder que impuso una visión única del mundo, basada en la racionalidad occidental, cristiana, patriarcal y eurocéntrica. Esta estructura no solo se expresó en la dominación política y económica, sino también en el plano de los saberes, a través de lo que Aníbal Quijano denominó colonialidad del saber: un proceso que jerarquizó los conocimientos y posicionó a la ciencia europea como única forma legítima de producir verdad [18].

Desde esta perspectiva, la colonización implicó también un proceso de epistemicidio, es decir, la eliminación sistemática de los saberes indígenas, afrodescendientes y campesinos, que fueron considerados “no científicos” o “supersticiosos” por no ajustarse a los parámetros de la modernidad. En el campo de la salud, esto se tradujo en la deslegitimación de las prácticas de cuidado ancestrales, y en la imposición de un modelo biomédico que excluye lo espiritual, lo simbólico y lo comunitario. Así, la colonización no solo arrebató territorios, sino también la posibilidad de nombrar, curar y cuidar desde otro lugar [18].

Castro ha remarcado que la invisibilización de los cuidados ancestrales está ligada a procesos históricos de colonización y epistemicidio, donde se impuso una visión única sobre la salud, negando la pluralidad de conocimientos [19]. Este silenciamiento no fue un accidente ni un olvido casual: es el reflejo de un sistema que, durante siglos, despreció

o subestimó los saberes populares y comunitarios, considerándolos rudimentarios o carentes de valor científico. Sin embargo, estos saberes han resistido en los márgenes, sostenidos por las manos y la memoria de las comunidades, que a pesar de las adversidades siguieron cuidando desde lo propio, desde lo que conocen y valoran. En este sentido, el cuidado ancestral no solo constituye una práctica sanitaria, sino también una forma de resistencia cultural y política frente a la homogeneización occidental. Rescatar estas prácticas hoy implica reconocer no solo su eficacia en el ámbito de la salud, sino también su profunda carga identitaria, su papel en la reconstrucción de dignidad y su aporte a un horizonte de mayor equidad en la atención sanitaria.

4.2.3 Memoria, despojo y resistencia: una mirada histórica a los pueblos mapuche y wichi

El pueblo mapuche, con presencia ancestral en el sur de Argentina y Chile, ha habitado históricamente los territorios que hoy comprenden la Patagonia, incluyendo la zona de Aluminé, en la provincia de Neuquén. Su historia está atravesada por procesos de despojo y reconfiguración territorial desde fines del siglo XIX, durante la llamada “Campaña del Desierto”, una ofensiva militar del Estado argentino que buscó expandir las fronteras agrícolas y consolidar el dominio estatal sobre los pueblos indígenas. Este proceso no solo implicó el desplazamiento forzado y la pérdida de tierras comunales, sino también la imposición de modelos culturales ajenos, incluyendo un sistema de salud centrado en la biomedicina y alejado de las prácticas tradicionales de sanación. A pesar de esto, el pueblo mapuche ha sostenido una fuerte organización política y cultural, con procesos de revitalización de la lengua, las ceremonias, y los saberes medicinales ligados al lawen (plantas), al rewe (espacio sagrado) y al rol de la pijañ kuce. En las últimas décadas, se han logrado avances significativos en el reconocimiento institucional,

incluyendo la apertura del Centro de Salud Intercultural Raguñ Kien, que articula la medicina mapuche con el sistema público de salud [21].

En el caso del pueblo wichí, uno de los más numerosos del Chaco argentino, su historia ha estado marcada por una relación tensa con el Estado, caracterizada por la marginalización territorial, la violencia estructural y la invisibilización de sus formas de vida. Tradicionalmente nómades y profundamente ligados al monte, los wichí han sido objeto de un proceso de sedentarización forzada desde mediados del siglo XX, en paralelo con la expansión de la frontera agroindustrial. La pérdida de acceso a sus territorios tradicionales impactó directamente en sus modos de subsistencia y en su medicina ancestral, que se basa en un conocimiento profundo del entorno, la utilización de plantas medicinales, la palabra del/la sabio/a y una cosmovisión que integra lo espiritual con lo corporal. En regiones como Embarcación y El Carboncito (Salta), las condiciones de pobreza estructural, el racismo institucional y las barreras idiomáticas siguen dificultando el acceso equitativo a la salud. Sin embargo, también existen experiencias locales donde se han incorporado agentes sanitarios wichí, traductores y prácticas rituales al ámbito asistencial, como parte de un proceso lento pero sostenido hacia la salud intercultural [22].

Ambas historias, aunque marcadas por contextos específicos, comparten una misma trama: la colonización como ruptura del vínculo entre los pueblos y sus territorios, y la medicina ancestral como una forma de resistencia y reconstrucción. Comprender estas trayectorias permite no solo contextualizar los desafíos actuales en torno al cuidado en salud, sino también valorar la potencia transformadora de los saberes indígenas cuando son reconocidos, escuchados e integrados desde una perspectiva de justicia epistémica.

4.2.4 Tramas culturales del cuidado: vida comunitaria, espiritualidad y organización indígena

Las comunidades mapuche del sur argentino sostienen una organización social basada en el lof, que funciona como una unidad política, territorial y espiritual. La vida cotidiana se organiza en torno a principios como el kvme felen (buen vivir) y el az mapu (normas del territorio), que rigen las relaciones entre las personas, la naturaleza y lo espiritual. La figura del lonko (autoridad política) y de la pijañ kuce (sabia curadora) tienen un rol central en la toma de decisiones y en el sostenimiento de las prácticas de cuidado comunitario. La medicina mapuche está profundamente ligada al entorno natural: el uso de lawen (plantas medicinales), la orientación de los rituales según los ciclos lunares, y el respeto por los espacios sagrados como el rewe son expresiones vivas de una concepción integral de la salud, que no separa lo físico de lo espiritual ni al individuo de su comunidad [21].

En las comunidades wichí, ubicadas principalmente en el Chaco salteño, la cultura se estructura en torno al monte, considerado no solo un lugar físico sino un espacio espiritual y relacional. Las prácticas de cuidado están a cargo de sabios o sabias que, mediante conocimiento transmitido oralmente, identifican plantas, signos del cuerpo y estados emocionales que permiten diagnosticar y acompañar procesos de enfermedad. La palabra tiene un poder curativo: el relato, el canto ritual, y el acompañamiento colectivo forman parte de una terapéutica que integra el cuerpo, el espíritu y el entorno. La lengua wichí, aún viva en muchas comunidades, no solo es un medio de comunicación, sino un portador de saberes que no siempre pueden traducirse al español sin perder sentido. La cosmovisión wichí no concibe al ser humano como separado de la naturaleza, sino como parte de una red de vínculos donde todo tiene vida, energía e intención [22].

Ambos pueblos comparten una concepción del cuidado como práctica colectiva, relacional y situada, que se distancia del modelo biomédico centrado en el individuo y en la patología. La salud es entendida como equilibrio: entre el cuerpo y el alma, entre la persona y su comunidad, entre el humano y el territorio. Estas características no solo enriquecen la comprensión del cuidado, sino que también plantean desafíos éticos y prácticos a los equipos de salud, que deben abrirse a formas distintas de concebir y ejercer su rol profesional.

4.2.5 La enfermería como interlocutora cultural en territorios indígenas

En contextos interculturales como los de Ruca Choroy y Embarcación, la enfermería ocupa un lugar estratégico como disciplina del cuidado en contacto directo con las personas, sus cuerpos, emociones, lenguas y creencias. Esta cercanía la convierte en una práctica de frontera, capaz de mediar entre el sistema de salud biomédico y los saberes comunitarios que sostienen las prácticas ancestrales. Sin embargo, esta potencialidad no siempre se realiza plenamente. En muchas comunidades indígenas, el ingreso al sistema de salud está condicionado por barreras idiomáticas, falta de formación cultural del personal, y desconfianza acumulada por experiencias de discriminación o deslegitimación del conocimiento local [5].

Frente a estos desafíos, algunas experiencias han mostrado que cuando la enfermería se ejerce desde una escucha respetuosa, empática y crítica, puede convertirse en un puente real entre cosmovisiones. Incorporar intérpretes, agentes sanitarios indígenas, o incluso aprender palabras clave en lengua originaria son prácticas que fortalecen el vínculo y mejoran la calidad del cuidado. Del mismo modo, reconocer la validez de los tratamientos tradicionales, como el uso de plantas medicinales o la intervención de sanadores comunitarios, no implica renunciar a la formación científica, sino ampliar la mirada desde una lógica de diálogo de saberes [23].

La enfermería, en tanto disciplina profundamente relacional, está llamada a desandar el paradigma verticalista que impone tratamientos sin consulta ni comprensión del otro. En cambio, puede promover una práctica horizontal, situada y culturalmente competente, que reconozca el derecho de los pueblos a ser cuidados desde sus propias tradiciones, sin que esto implique exclusión de la medicina convencional, sino una posibilidad real de integración respetuosa y plural. En ese sentido, el rol de la enfermería en comunidades indígenas no es solo clínico, sino también ético, político y cultural: acompañar sin imponer, curar sin silenciar, cuidar sin colonizar [5,23].

4.2.6 Entre la sabiduría ancestral y la biomedicina: tensiones y desafíos

La relación entre los cuidados ancestrales y el paradigma biomédico occidental ha sido históricamente conflictiva, no solo por las diferencias en sus fundamentos epistemológicos y metodológicos, sino por las estructuras de poder que han determinado qué conocimientos son reconocidos como válidos y cuáles son marginados. Esta relación no es neutral: se inscribe en el marco más amplio de una colonialidad del saber que ha invisibilizado, desplazado y subordinado a los saberes ancestrales de los pueblos originarios y comunidades tradicionales [24].

Los saberes ancestrales configuran una concepción holística de la salud, en la cual el cuerpo, el alma, la comunidad, el territorio y la espiritualidad se encuentran profundamente entrelazados. Esta mirada no fragmenta a la persona ni separa su dolencia de los vínculos sociales o del equilibrio con la naturaleza. En cambio, la biomedicina, producto de una racionalidad moderna y técnica, tiende a analizar los fenómenos de salud y enfermedad desde una lógica reduccionista, basada en la evidencia empírica, la anatomía, la fisiología y la farmacología, sin incorporar los elementos simbólicos, relacionales y espirituales propios de otros modelos culturales. Esta diferencia de enfoques ha generado, a lo largo del tiempo, una relación asimétrica en la que la

biomedicina se ha posicionado como el único modelo válido de atención, relegando las prácticas ancestrales a un lugar de invisibilización o, en el mejor de los casos, de tolerancia subordinada [25].

Tal como lo expresa García Guerreiro, muchas veces se produce una “medicalización cultural”, en la que las prácticas tradicionales son toleradas dentro del sistema biomédico solo si se ajustan a criterios científicos validados por Occidente, lo cual implica despojarlas de sus sentidos rituales, espirituales y comunitarios [26]. Así, el uso de plantas medicinales puede ser aceptado en la medida en que se transformen en fitoterápicos estandarizados, pero se descartan los rezos, cantos o ceremonias que tradicionalmente acompañan su uso.

Este proceso de domesticación epistémica, en el que se fragmenta y reconfigura el saber ancestral para adaptarlo a la lógica biomédica, reproduce una relación de poder que refuerza la hegemonía de lo occidental sobre lo originario. Lo ancestral es incorporado como recurso complementario, pero rara vez como saber autónomo. Se lo integra sin escuchar, se lo usa sin comprender. Esto no solo empobrece la práctica del cuidado, sino que vulnera la dignidad cultural de los pueblos. De este modo, aunque a simple vista parece haber apertura, en realidad lo que ocurre es un proceso de domesticación del saber ancestral, donde se toma solo aquello que encaja en la lógica biomédica y se ignora o invalida el resto. Esta situación perpetúa una relación desigual en la que lo ancestral es tolerado, pero rara vez comprendido en su totalidad, lo que termina empobreciendo el acto de cuidar tanto para quien lo recibe como para quien lo brinda.

En este marco, los intentos de articulación entre ambos enfoques han sido, en muchos casos, parciales y cargados de dificultades. Si bien en las últimas décadas se ha avanzado en políticas y programas que promueven la salud intercultural, la implementación efectiva

de un diálogo horizontal sigue siendo un desafío. La falta de formación específica del personal sanitario, las barreras idiomáticas, y la persistencia de prejuicios hacia los saberes ancestrales son algunos de los obstáculos que han dificultado este proceso [27]. Sin embargo, hay experiencias valiosas que demuestran que la integración es posible cuando se parte de un respeto genuino y de la convicción de que no existe un único modo de sanar. En esos casos, los equipos de salud logran construir puentes interculturales que no solo mejoran la efectividad clínica, sino que también fortalecen el vínculo entre el sistema de salud y las comunidades, devolviéndoles un rol activo y protagónico en su propio cuidado [28].

Cedeño et al. advierten que la interculturalidad en salud no puede entenderse como un simple añadido a las políticas públicas, sino como una transformación profunda del modo en que concebimos el conocimiento y la práctica clínica. Para lograr una verdadera horizontalidad, es necesario cuestionar las matrices coloniales que aún persisten en la formación profesional, en la organización institucional y en las relaciones entre agentes de salud y comunidades [29]. La inclusión de agentes tradicionales, intérpretes culturales, parteras y sabios comunitarios no debe ser un gesto simbólico sino parte de un rediseño estructural del sistema de salud, que reconozca la pluriépistemicidad y garantice el derecho de los pueblos a ser cuidados desde sus propias cosmovisiones.

Desde una mirada filosófica crítica, Enrique Dussel aporta herramientas clave para interpretar estas tensiones. En su obra *Filosofía de la liberación. Una antología*, Dussel plantea que la modernidad no es un proceso universal e incluyente, sino que se construye a través del encubrimiento del Otro. El saber moderno se erige negando, subordinando y apropiándose de saberes que no se ajustan a su racionalidad instrumental [30]. En ese sentido, la biomedicina – como expresión del pensamiento moderno– ha operado

históricamente como una forma de violencia epistémica, en tanto se impone como verdad única, desplazando toda forma alternativa de conocimiento.

La ética de la liberación propuesta por Dussel parte del reconocimiento del Otro como sujeto, y no como objeto de intervención. Plantea que el saber válido debe construirse desde los márgenes, desde las experiencias de los pueblos oprimidos y no desde el centro que define la legitimidad del conocimiento. Esta perspectiva permite repensar las prácticas de salud en clave de justicia epistémica, es decir, reconociendo que los pueblos originarios tienen derecho no solo a recibir atención, sino a decidir cómo, desde qué lenguajes, con qué sentidos y bajo qué tradiciones quieren ser cuidados [30].

En esta línea, la transmodernidad que propone Dussel ofrece un horizonte superador, en el que los aportes de la ciencia moderna no se descartan, pero sí se descentran, abriéndose a un diálogo real y no subordinado con otras formas de saber. Esto implica construir un sistema de salud que no tolere los saberes ancestrales como curiosidades exóticas, sino que los reconozca como parte constitutiva de un cuidado plural, situado y verdaderamente humano [30].

La enfermería, como disciplina del cuidado, tiene un papel central en esta transformación. Al situarse en el contacto directo con los cuerpos, las emociones, las palabras y los contextos de las personas, puede y debe ser una práctica de frontera: un puente entre mundos, una escucha sensible que revalorice lo ancestral no como pasado, sino como presente vivo. Para ello, es indispensable formar enfermeros y enfermeras desde una perspectiva intercultural crítica, capaz de reconocer sus propios sesgos y abrirse a otras formas de comprender la salud y el cuidado. Solo así podremos construir un modelo de atención que no imponga, sino que acompañe; que no anule, sino que dialogue; que no ignore, sino que escuche.

4.2.7 La enfermería como puente intercultural: hacia un cuidado integral

La enfermería, históricamente reconocida por su proximidad con las personas y por su rol central en la gestión del cuidado, se presenta como una de las disciplinas mejor posicionadas para articular los saberes ancestrales con la práctica biomédica. Esta capacidad se basa no solo en su dimensión técnica, sino también en su fuerte componente relacional y humanista, lo que permite construir vínculos de confianza y respeto mutuo entre el sistema de salud y las comunidades [31].

El desarrollo de enfoques como la enfermería transcultural ha sido clave para visibilizar la importancia de integrar la diversidad cultural en la atención sanitaria. En esta línea, Madeleine Leininger emerge como una figura pionera que ha inspirado numerosas investigaciones y prácticas orientadas a mejorar la calidad del cuidado desde una mirada intercultural [6]. Si bien su teoría será abordada más adelante en profundidad, resulta imprescindible señalar que este enfoque ha abierto caminos para pensar la enfermería no solo como una disciplina técnica, sino también como un puente entre distintos saberes y formas de concebir la salud [32].

Diversos estudios en el ámbito de la enfermería transcultural destacan que esta disciplina cumple un papel esencial en la gestión de la diversidad cultural, actuando como mediadora entre el sistema biomédico y las prácticas ancestrales que persisten en muchas comunidades [33]. Este rol implica no solo conocimientos técnicos, sino también sensibilidad, respeto y una actitud activa hacia la valoración de las creencias y costumbres propias de cada grupo cultural.

Además, se ha señalado que factores como la barrera idiomática, las concepciones diferenciadas sobre el cuerpo y la enfermedad, y las prácticas comunitarias tradicionales son elementos que pueden generar tensiones si no son adecuadamente reconocidos y

abordados [33]. La enfermería, por su cercanía y contacto permanente con las personas, se convierte en la primera línea de identificación y gestión de estas situaciones, promoviendo un diálogo respetuoso y enriquecedor entre el conocimiento biomédico y los saberes ancestrales.

Esta práctica implica desarrollar habilidades específicas que van desde la comunicación efectiva hasta la formación continua en aspectos socioculturales. También requiere humildad y apertura para aceptar que los conocimientos biomédicos no son superiores por naturaleza, sino que forman parte de una pluralidad de saberes que deben coexistir y dialogar. Así, la enfermería se configura como un espacio privilegiado de encuentro donde lo ancestral y lo biomédico pueden colaborar para ampliar la visión del cuidado y fortalecer la calidad de la atención [33].

Sin embargo, la integración de cuidados ancestrales en la enfermería enfrenta diversos desafíos. La falta de lineamientos claros, la resistencia institucional y los prejuicios culturales continúan siendo obstáculos para una implementación efectiva. A pesar de ello, existen experiencias exitosas en distintas regiones donde la enfermería ha logrado establecer lazos de cooperación con sanadores tradicionales y líderes comunitarios, creando espacios de confianza y aprendizaje mutuo que han contribuido a mejorar la calidad del cuidado y a fortalecer la identidad cultural de las comunidades [5].

La incorporación de un enfoque intercultural en enfermería no solo representa un desafío técnico, sino también un compromiso ético profundo. La literatura revisada resalta que, aunque existen múltiples iniciativas y esfuerzos por incluir la diversidad cultural en la atención sanitaria, las dificultades persisten, especialmente en el ámbito de la formación profesional [1]. El abordaje de la interculturalidad en las currículas de enfermería suele ser parcial y, muchas veces, relegado a módulos opcionales o contenidos

marginales, lo que limita la capacidad real de los futuros profesionales de enfermería para desempeñarse adecuadamente en contextos de diversidad [2].

Uno de los aspectos más críticos señalados en los estudios es la falta de competencias específicas en materia intercultural. A pesar de la importancia creciente del tema, aún existen debilidades notables en la preparación del personal de enfermería, lo que genera inseguridad y reticencia a la hora de interactuar con comunidades indígenas u otros grupos culturalmente diversos [5]. Esta carencia formativa se traduce en prácticas asistenciales que, aunque bien intencionadas, muchas veces reproducen esquemas etnocéntricos, donde lo biomédico se impone sobre otras formas de concebir y tratar la salud [1].

A su vez, los estudios destacan la necesidad de fortalecer el trabajo colaborativo y participativo entre los equipos de salud y las comunidades. Según Mancinelli, la construcción de un cuidado intercultural efectivo requiere la participación activa de todos los actores involucrados: no solo el personal sanitario y los pacientes, sino también líderes comunitarios, sanadores tradicionales y actores sociales que conocen de cerca las necesidades y cosmovisiones locales [2]. Este enfoque participativo no solo favorece la adaptación cultural de los cuidados, sino que también promueve la construcción de vínculos de confianza, fundamentales para la eficacia de cualquier intervención en salud.

Otro punto clave es la visibilización de experiencias concretas de articulación entre enfermería y saberes ancestrales. En algunas regiones de Argentina, por ejemplo, se han implementado proyectos donde las enfermeras y enfermeros trabajan codo a codo con parteras tradicionales y agentes comunitarios, generando espacios de co-aprendizaje que enriquecen la práctica profesional y revalorizan los conocimientos locales [5]. Estas experiencias muestran que, cuando hay voluntad política e institucional, la enfermería

puede desempeñar un papel clave en la construcción de sistemas de salud más inclusivos y culturalmente pertinentes.

Sin embargo, tal como señala la literatura, la sostenibilidad de estos proyectos requiere superar múltiples obstáculos: la falta de recursos específicos, la ausencia de políticas claras y sostenidas en el tiempo, y la necesidad de revisar críticamente los marcos legales y administrativos que regulan la práctica de la enfermería intercultural [5]. También es indispensable seguir fortaleciendo la investigación en este campo, de modo que las decisiones y políticas sanitarias se basen en evidencia sólida y contextualizada.

En este escenario, la enfermería se posiciona como un pilar fundamental no solo para la implementación de un cuidado intercultural efectivo, sino también para la transformación profunda del sistema de salud. Su cercanía con la comunidad, su enfoque holístico y su capacidad para tejer lazos humanos hacen de esta profesión un actor insustituible en la búsqueda de una atención más justa, equitativa y respetuosa de la diversidad cultural que caracteriza a nuestras sociedades [1,5].

4.3 TEORISTAS

4.3.1 Madeleine Leininger: Fundadora de la Enfermería Transcultural

Madeleine Leininger (1925-2012) es considerada una de las figuras más influyentes en la historia de la enfermería moderna. Enfermera y antropóloga, supo vincular estas dos disciplinas para dar origen a la Enfermería Transcultural, un campo que transformó profundamente la comprensión del cuidado. Su formación en enfermería se complementó con estudios avanzados en antropología, algo poco habitual en su época y que le permitió detectar las brechas entre el sistema biomédico tradicional y las realidades culturales de los pacientes [34].

A mediados del siglo XX, Leininger observó que muchas prácticas de salud fracasaban no por cuestiones técnicas, sino porque los cuidados no respetaban las creencias, costumbres y valores de los pacientes. Esto la llevó a desarrollar la Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural, presentada como respuesta a un mundo cada vez más globalizado y culturalmente diverso. Su objetivo era claro: enseñar a los profesionales de enfermería a brindar un cuidado culturalmente congruente y eficaz [35].

Uno de los aportes más innovadores de Leininger fue el Modelo del Sol Naciente, que representa los múltiples factores que influyen en la salud de una persona, como el entorno sociocultural, la religión, la tecnología, la economía, la política y la historia personal. Este modelo propone analizar cada uno de esos aspectos para entender cómo afectan la experiencia de salud y enfermedad, permitiendo a la enfermería personalizar los cuidados según la cultura del paciente [34].

Dentro de su teoría, Leininger describió tres modos de acción fundamentales:

Preservación/Mantenimiento Cultural: que consiste en apoyar las prácticas culturales que son beneficiosas para la salud.

Acomodación/Negociación Cultural: cuando es posible realizar adaptaciones para que las prácticas culturales sean compatibles con el tratamiento biomédico.

Reestructuración/Reorientación Cultural: cuando las prácticas culturales son nocivas para la salud, y se trabaja respetuosamente para modificarlas [35].

Lo más revolucionario de su enfoque fue romper con la lógica etnocéntrica predominante en la medicina occidental, planteando que no existe un único modelo válido de cuidado. Leininger sostuvo que el éxito del cuidado no solo se mide por los resultados

clínicos, sino también por la capacidad del personal de salud para respetar y adaptarse a los marcos culturales de las personas atendidas [34].

Hoy, más de cinco décadas después de la creación de esta teoría, la enfermería transcultural sigue siendo clave en la formación y práctica profesional. La globalización, las migraciones y la creciente diversidad cultural han reforzado la vigencia de sus planteos. Como subrayan Ariza y Whitaker, la etnoenfermería, que profundiza en los saberes y prácticas propias de las comunidades, tiene en Leininger su principal referente metodológico, permitiendo tender puentes entre el conocimiento científico y los saberes ancestrales [34].

4.4 MARCO NORMATIVO Y LEGAL

El marco normativo que respalda la incorporación de prácticas culturales y ancestrales en la atención de salud está construido sobre principios internacionales, nacionales y provinciales que reconocen la diversidad y la interculturalidad como ejes fundamentales para la garantía del derecho a la salud.

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha destacado en repetidas oportunidades la relevancia de la medicina tradicional y complementaria como recurso terapéutico, sobre todo en comunidades indígenas y rurales. La OMS insta a los Estados a integrar estos saberes y prácticas en los sistemas de salud pública, siempre que se garantice su seguridad y eficacia, y subraya la necesidad de un abordaje intercultural que respete los valores y cosmovisiones propias de cada pueblo. Esta postura global se plasma en diversas estrategias, entre ellas la Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023, que establece líneas de acción para fortalecer las políticas públicas en este sentido [36].

Otro instrumento clave a nivel internacional es el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que Argentina ratificó en 2000. Este convenio establece obligaciones concretas para los Estados en relación con los derechos de los pueblos indígenas y tribales, incluyendo la protección de sus prácticas culturales y su derecho a recibir atención sanitaria respetuosa de sus tradiciones. En su articulado, destaca la importancia de desarrollar acciones conjuntas que incorporen la medicina tradicional y la formación intercultural del personal de salud, garantizando así un acceso equitativo y adecuado a los servicios sanitarios [37].

En Argentina, el marco legal está cimentado sobre la Ley Nacional N° 23.302, que establece la política indígena y promueve el apoyo a las comunidades aborígenes. Esta ley reconoce el derecho de los pueblos originarios a conservar su identidad, cultura, y sistemas propios, lo cual incluye la medicina tradicional y los modos ancestrales de cuidado. La norma articula derechos en materia de salud, educación y desarrollo, promoviendo la creación de organismos que garanticen la protección efectiva de estos derechos [38].

A nivel constitucional, el artículo 75 inciso 17 de la Constitución Nacional refuerza este compromiso al reconocer la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas y asegurar el respeto a sus identidades, la posesión y propiedad comunitaria de las tierras que tradicionalmente ocupan, y el derecho a participar en la gestión referida a sus recursos naturales y otros intereses [39].

En el ámbito provincial, destacan iniciativas legislativas pioneras, como la Ley Provincial N.º 7856 de Salta, que creó la Red de Apoyo Sanitario Intercultural e Interinstitucional para Pueblos Originarios. Esta ley establece un marco específico para garantizar la atención médica respetuosa de la cosmovisión originaria, previendo acciones conjuntas entre los sistemas de salud y las comunidades indígenas. Además, promueve la

participación de los pueblos originarios en el diseño y ejecución de las políticas sanitarias [40].

Otro caso paradigmático es el del Centro de Salud Intercultural Rangñ Kien, en la provincia de Neuquén, formalizado por decreto en 2021. Este centro constituye un espacio único donde conviven la biomedicina y la medicina mapuche, integrando saberes y prácticas en un modelo de atención intercultural. La normativa que sustenta esta iniciativa detalla los procedimientos para asegurar un trabajo respetuoso y articulado entre los distintos saberes, poniendo en el centro la autodeterminación y el protagonismo de la comunidad mapuche [41].

Así mismo, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, adoptada en 2007, refuerza los principios de respeto, autonomía y participación de los pueblos originarios en la toma de decisiones que afectan su bienestar, incluidos sus derechos a mantener sus prácticas médicas tradicionales y acceder a servicios de salud sin discriminación [42].

En conjunto, este entramado legal no solo legitima las prácticas de cuidado ancestral, sino que establece las bases para construir un sistema de salud que sea verdaderamente inclusivo y plural. La interculturalidad en salud no puede ser entendida solo como un gesto de reconocimiento simbólico, sino como un compromiso tangible y normativo que garantice la equidad y el respeto a la diversidad en el acceso y la calidad de los cuidados [43]. La efectivización de estas normativas es esencial para que los derechos reconocidos en los textos legales se traduzcan en prácticas cotidianas que fortalezcan la salud integral de las comunidades.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Población de estudio:

Nuestra población de estudio son enfermeros que trabajan en centros de salud interculturales del norte y sur de la República Argentina.

5.2 Muestra:

80 enfermeros pertenecientes a centros de salud interculturales ubicados en las regiones Norte (provincia de Salta) y Sur (provincia de Neuquén) de la República Argentina participaron en la investigación.

5.3 Unidad de Análisis:

La unidad de análisis es cada uno de los enfermeros que trabajan en centros de salud intercultural.

5.4 Tipo de muestreo:

El muestreo adoptado en la investigación es de tipo no probabilístico dado que la selección de los participantes se orienta específicamente a enfermeros/as que se desempeñan en centros de salud interculturales. La estrategia de muestreo utilizada corresponde al método denominado bola de nieve mediante el cual los primeros participantes convocados refieren a otros posibles sujetos que cumplen con los criterios de inclusión, favoreciendo así la conformación progresiva de la muestra.

5.5 Criterios de Inclusión:

Que tengan al menos 6 meses de antigüedad en el centro de salud en el que ejercen. Se incluyeron en el estudio todos los profesionales de enfermería que se desempeñan en centros de salud interculturales de Argentina, que desarrollan funciones asistenciales o comunitarias directamente vinculadas al cuidado de personas o familias, que aceptaron participar

voluntariamente en la investigación mediante la firma del consentimiento informado y que cuentan con una antigüedad mínima de seis meses en el centro de salud donde ejercen su labor.

5.6 Criterios de Exclusión:

Se excluyeron del estudio a los profesionales de enfermería que no desempeñan funciones asistenciales, que no desarrollan su labor en centros de salud con enfoque intercultural, que poseen menos de seis meses de antigüedad en la institución o que no aceptaron participar en la investigación.

5.7 Tipo de Diseño

El diseño de esta investigación es de tipo descriptivo con corte transversal, de enfoque mixto y no experimental. El estudio descriptivo busca especificar las propiedades, características y perfiles importantes de personas, grupos o comunidades [44]. El corte transversal implica la recolección de datos en un solo momento o en un tiempo único, permitiendo describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Al ser no experimental, no se manipulan variables independientes, sino que se observan los fenómenos tal como ocurren en su contexto natural. Asimismo, el enfoque mixto combina elementos cuantitativos y cualitativos para obtener una comprensión más integral del fenómeno estudiado.

5.8 Tipo de Análisis

El presente estudio se basó en un análisis mixto, combinando enfoques cuantitativo y cualitativo con el propósito de obtener una comprensión integral del fenómeno estudiado en el periodo de abril-agosto 2025.

5.9 Tipo de instrumento de recolección

Se realizará una encuesta autoadministrada mediante un cuestionario en Google Forms, conformado por 22 preguntas estructuradas y semiestructuradas (20 cerradas y 2 abiertas), que permitirá recopilar datos de manera sistemática y facilitar su análisis.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensiones	V.D	Indicadores	Categoría
Demográfica	Edad		1. ¿Cuál es su rango etario?	• de 20 a 30 años • de 31 a 40 años • de 41 a 49 años • 50 años o más
	Educación		2. ¿Cuál es su nivel máximo de formación?	• Pregrado • Grado • Posgrado
	Trabajo		3. ¿En qué región trabaja?	• Norte (Salta) • Sur (Neuquén) • Otra
			4. ¿Hace cuánto trabaja en contextos interculturales ?	• Menos de 1 año • 1 a 3 años • Más de 3 años
			5. ¿En qué tipo de institución desempeña su labor actualmente?	• Pública • Privada • Comunitaria

			6. ¿Cuál es la población que más frecuentemente atiende?	• Wichis • Mapuches • Otras
			7. ¿Qué nivel de contacto directo mantiene con la comunidad en su práctica cotidiana?	• Permanente • Ocasional • Nulo
			8. ¿Utiliza alguna lengua indígena en su práctica profesional?	• Sí, con fluidez • Sí, con ayuda o intérprete • No
Analizar cómo se integra la enfermería a los cuidados ancestrales en centros de	Identificar las prácticas de cuidados ancestrales presentes en las comunidades	1. Totalmente de acuerdo (3)	9. ¿Ha observado prácticas de uso de plantas medicinales en su comunidad?	• Frecuentemente • Ocasionalmente • Nunca

salud intercultural de las comunidades del norte y del sur de la República Argentina, durante el período abril-agosto 2025.	seleccionadas	Parcialmente de acuerdo (2) Desacuerdo (1)	10. ¿Existen parteras tradicionales en su zona?	- Existen actualmente y participan activamente - Existieron en el pasado, pero ya no actúan - No tengo conocimiento
			11. ¿Se realizan rituales comunitarios relacionados con la salud?	- Frecuentemente - Ocasionalmente - No se realizan
			12. ¿Se consulta a personas sabias (Pijañ kuce/Lhamtes) sobre temas de salud?	- De forma habitual - Solo en ocasiones especiales - No se consulta
			13. ¿Están vivas estas	- Totalmente - Parcialmente

			prácticas en su comunidad?	No están presentes
	Describir los conocimientos del personal de enfermería respecto a los saberes ancestrales.	1. Alto (3) Moderado (2) Bajo (1)	14. ¿Cuál es su nivel de conocimiento sobre el concepto de “cuidados ancestrales”?	• Prácticas basadas en conocimientos transmitidos por generaciones dentro de comunidades originarias, que integran saberes culturales, espirituales y naturales en el cuidado de la salud. • Técnicas modernas de medicina alternativa desarrolladas en laboratorios

				contemporáneo s sin base cultural específica • Procedimientos exclusivamente religiosos aplicados por líderes espirituales sin relación con la salud física.
			15. ¿Qué grado de eficacia tienen los cuidados ancestrales para tratar enfermedades ?	• Alta • Media • Baja
			16. ¿Qué tipo de formación recibió sobre cuidados ancestrales	• Estructurada y específica • Aisladas o contenidos indirectos

				durante su carrera?	Ningún tipo de formación
				17. ¿Cuál es su opinión respecto a la formación intercultural en las carreras de enfermería?	• Debería ser parte obligatoria de la currícula Podría incluirse como contenido complementari o • No considero necesaria su incorporación
				18. ¿Cómo calificaría su disposición a dialogar con agentes de salud ancestral en su práctica profesional?	• Favorable • Medianamente desfavorable • Desfavorable

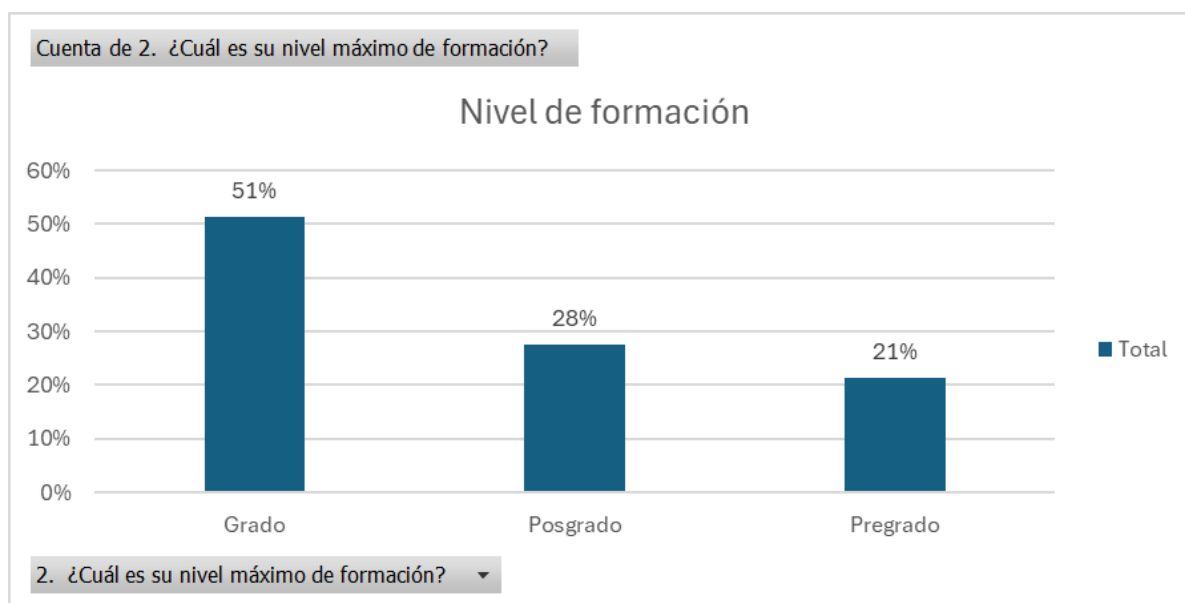
			19. ¿Existen protocolos para integrar saberes ancestrales con enfermería en su institución?	- Existen protocolos formales definidos - Existen prácticas sin protocolización formal - No existen protocolos o no tengo conocimiento
	Examinar las posibilidades de articulación entre los cuidados ancestrales y las prácticas profesionales de enfermería.		20. ¿Qué grado de acuerdo tiene con participar en una capacitación conjunta con sanadores tradicionales?	- Totalmente de acuerdo - De acuerdo en forma moderada - En desacuerdo
			21. ¿Qué desafío considera más frecuente al	Barreras de comunicación (idioma, terminología, formas de expresión).

			brindar cuidados respetuosos de la cultura en un centro de salud intercultural?	• Falta de formación profesional en cuidados interculturales. • Escasez de recursos materiales o institucionales para implementar cuidados culturalmente adecuados. • Ninguna dificultad significativa. • Resistencia de la medicina moderna a las prácticas de salud intercultural. • Otro
--	--	--	---	---

Fuente de elaboración propia

RESULTADOS

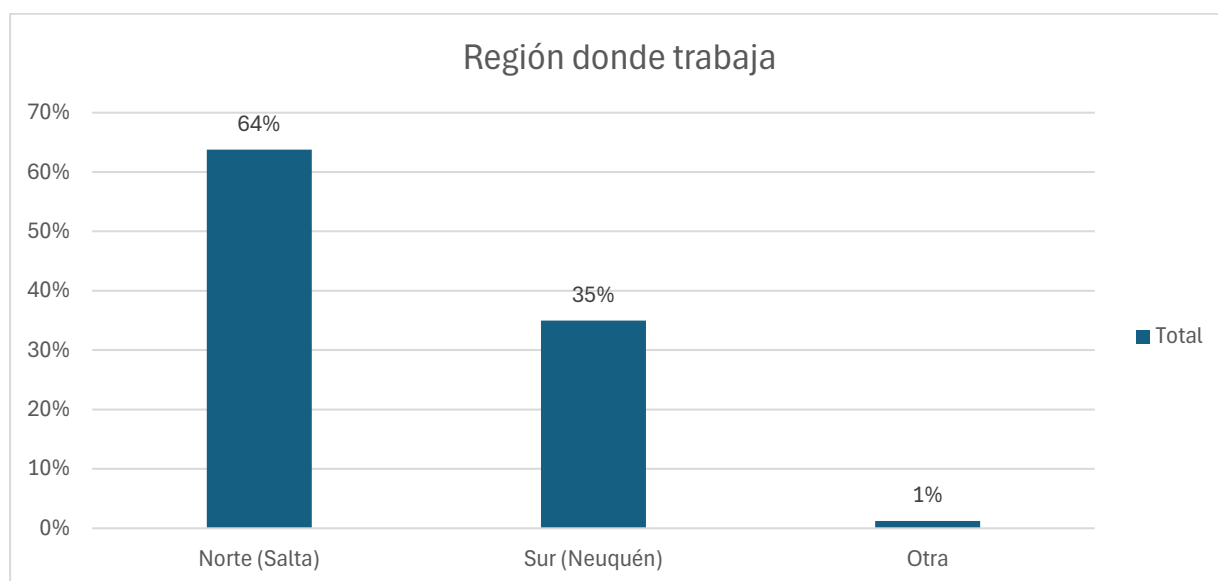
Gráfico 1: Distribución según el nivel máximo de formación de los profesionales encuestados.



Fuente de elaboración propia.

El gráfico refleja la distribución del nivel educativo alcanzado por el total de n°80 profesionales encuestados. La mayor proporción corresponde a aquellos con formación de grado (51%), lo que indica que más de la mitad de los participantes cuentan con una licenciatura en enfermería u otra carrera universitaria completa. En segundo lugar, se observa un 28% con estudios de posgrado, lo cual representa un grupo importante que ha continuado con formación académica avanzada. Finalmente, un 21% corresponde al nivel de pregrado, es decir, técnicos o auxiliares en enfermería, lo que evidencia la diversidad de trayectorias formativas dentro del equipo de salud.

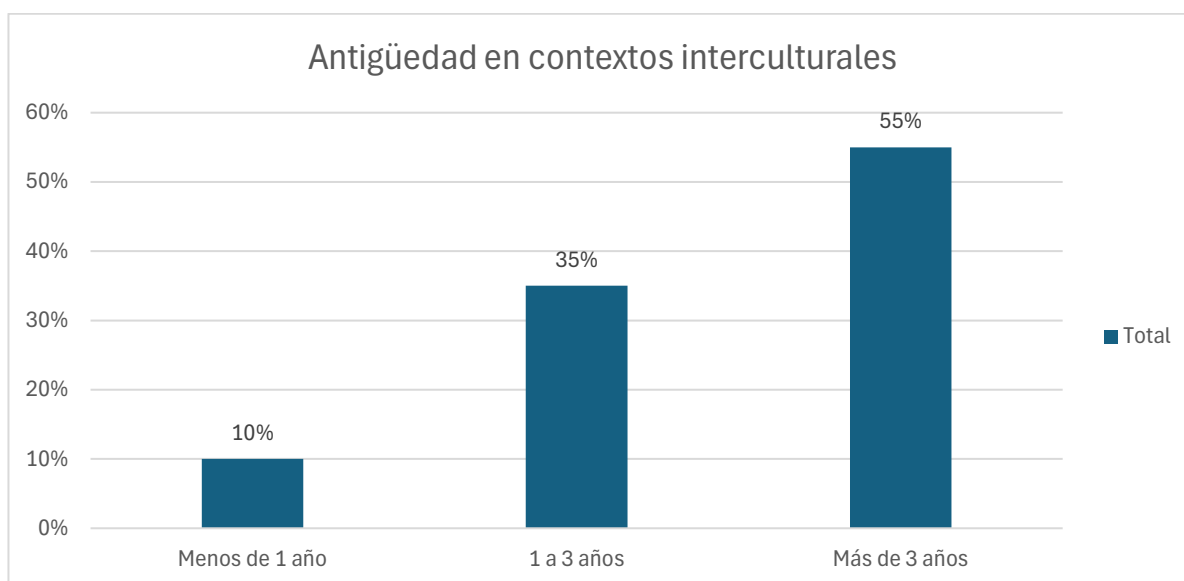
Gráfico 2: Distribución según la región donde desempeñan su labor los profesionales encuestados.



Fuente de elaboración propia.

El gráfico refleja la distribución geográfica del total de n°80 profesionales encuestados. La mayoría se desempeña en el norte del país, específicamente en la provincia de Salta (64%), lo que evidencia una marcada concentración de la muestra en esta región. En segundo lugar, un 35% desarrolla su labor en la región sur, en la provincia de Neuquén, representando también un grupo relevante dentro del estudio. Finalmente, solo un 1% corresponde a “otra región”, lo que indica una baja dispersión geográfica fuera de las zonas seleccionadas para la investigación.

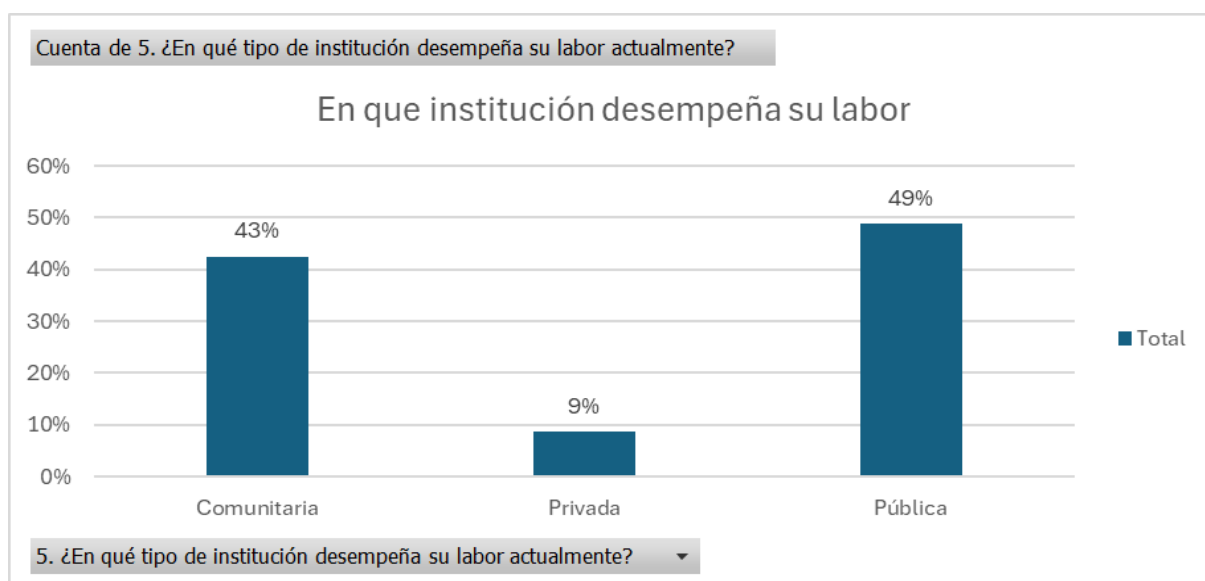
Gráfico 3: Distribución según la antigüedad laboral en contextos interculturales de los profesionales encuestados.



Fuente de elaboración propia.

El gráfico presenta la distribución de la antigüedad laboral del total de n°80 profesionales encuestados en contextos interculturales. La mayoría, representada por un 55%, cuenta con más de 3 años de experiencia en este tipo de entornos, lo que sugiere un alto nivel de trayectoria y conocimiento en la atención dentro de contextos culturalmente diversos. En segundo lugar, un 35% posee entre 1 y 3 años de experiencia, reflejando un grupo con formación intermedia en este ámbito. Finalmente, solo un 10% trabaja en contextos interculturales desde hace menos de un año, lo que indica una menor proporción de profesionales con experiencia reciente en este tipo de práctica.

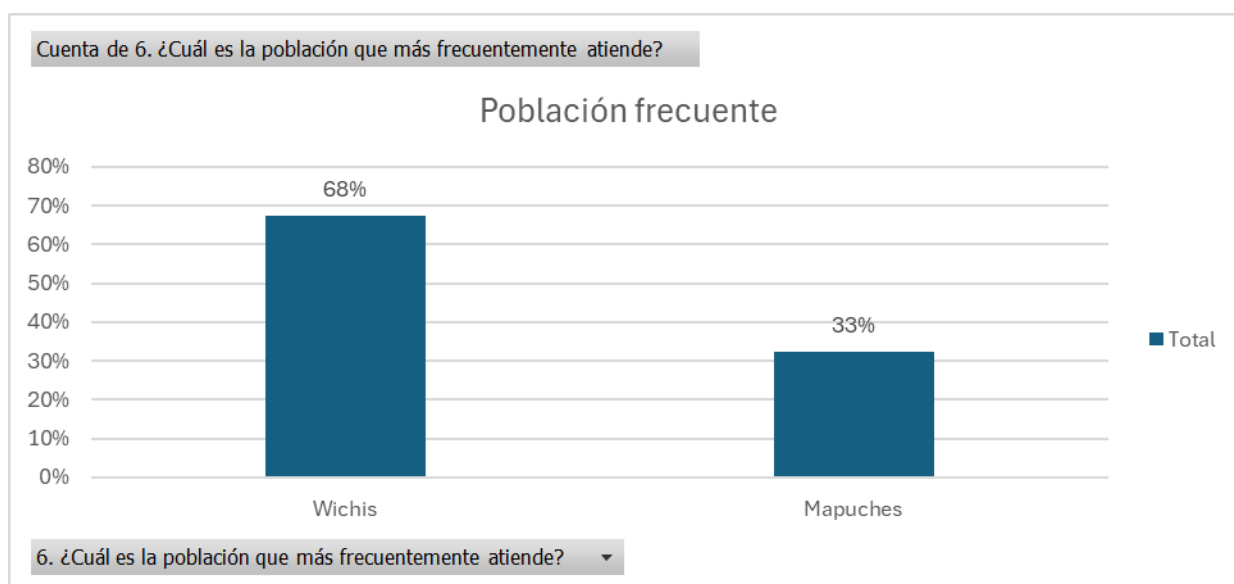
Gráfico 4: Distribución según el tipo de institución donde desempeñan su labor actualmente los profesionales encuestados.



Fuente de elaboración propia.

El gráfico muestra la distribución del total de n°80 profesionales encuestados según el ámbito institucional en el que desarrollan su labor. La mayor proporción corresponde a las instituciones públicas (49%), lo que evidencia el papel predominante del sector estatal en la inserción laboral de los profesionales de enfermería en contextos interculturales. En segundo lugar, un 43% trabaja en instituciones comunitarias, lo que refleja una presencia significativa en espacios vinculados directamente con el trabajo territorial y el abordaje desde la salud colectiva. Finalmente, un 9% desempeña sus funciones en instituciones privadas, representando la menor proporción dentro de los ámbitos laborales relevados.

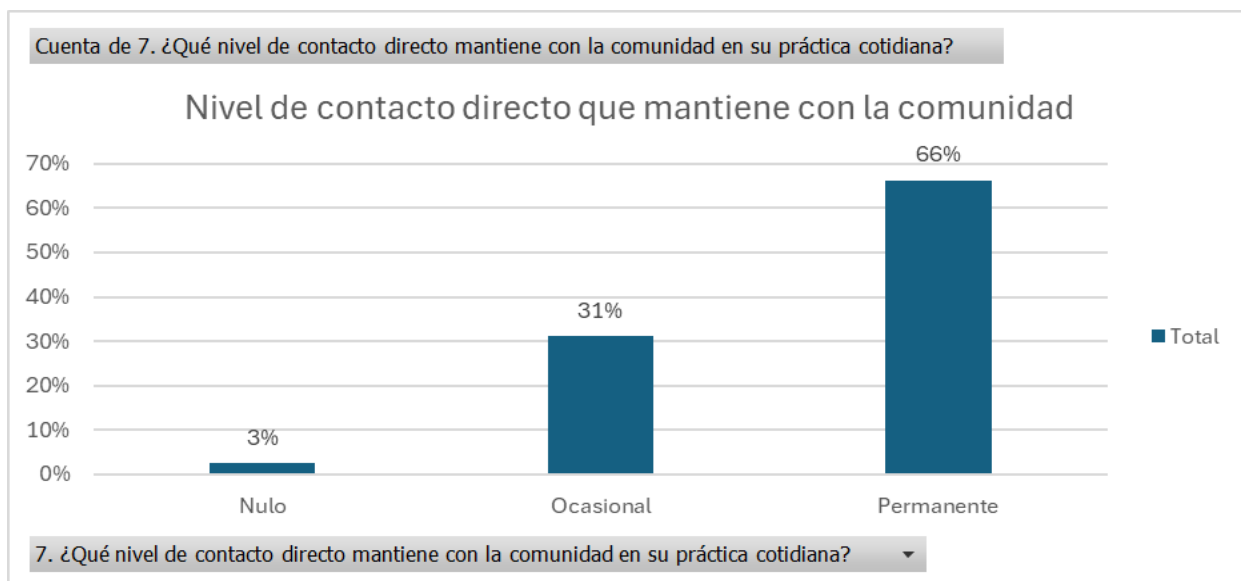
Gráfico 5: Distribución según la población que más frecuente atienden los profesionales encuestados.



Fuente de elaboración propia.

El gráfico muestra la distribución del total de n°80 profesionales encuestados según la población que atienden con mayor frecuencia en sus prácticas. La mayoría, representada por un 68%, trabaja principalmente con población wichí, lo que evidencia una fuerte presencia de esta comunidad en los contextos de atención intercultural. En segundo lugar, un 33% de los profesionales desarrolla su labor mayoritariamente con población mapuche, lo que refleja la relevancia de esta comunidad en determinadas regiones del país. No se registran otras comunidades con presencia significativa dentro de la muestra analizada.

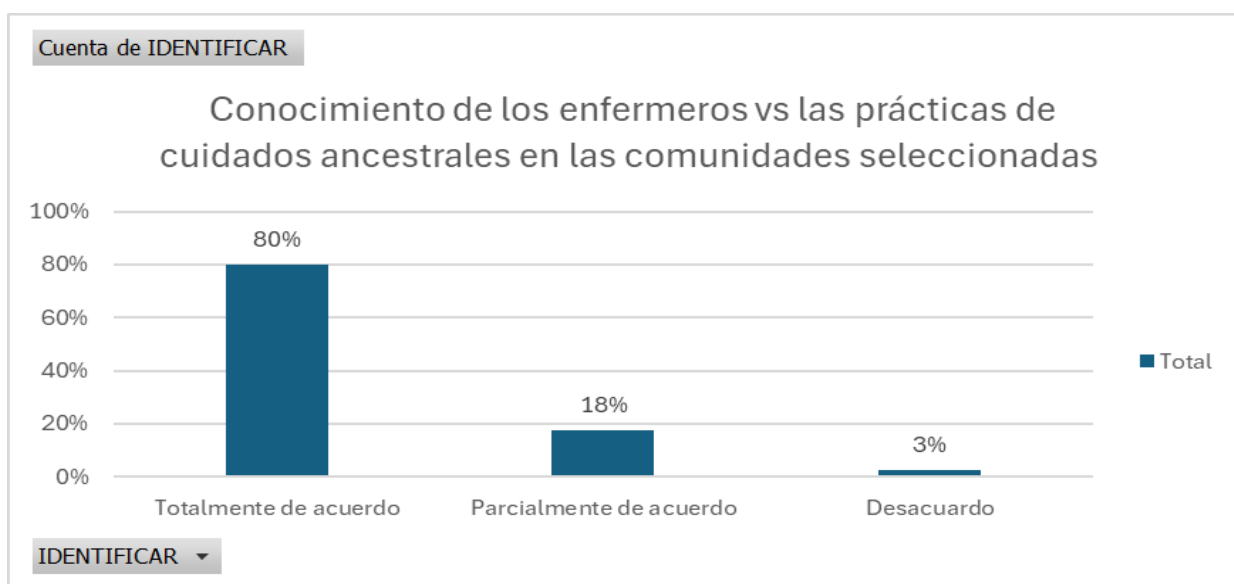
Gráfico 6: Distribución según el nivel de contacto directo que mantienen con la comunidad en su práctica cotidiana los profesionales encuestados.



Fuente de elaboración propia.

El gráfico refleja la distribución del total de n°80 profesionales encuestados según el nivel de contacto directo que mantienen con la comunidad en su labor diaria. La mayoría, representada por un 66%, establece un contacto permanente con la población, lo que evidencia una fuerte vinculación con el territorio y un enfoque centrado en la atención comunitaria. En segundo lugar, un 31% mantiene un contacto ocasional, lo que indica una relación más intermitente pero igualmente significativa con la comunidad. Finalmente, solo un 3% refiere no tener contacto directo, lo que representa una proporción reducida dentro del grupo analizado.

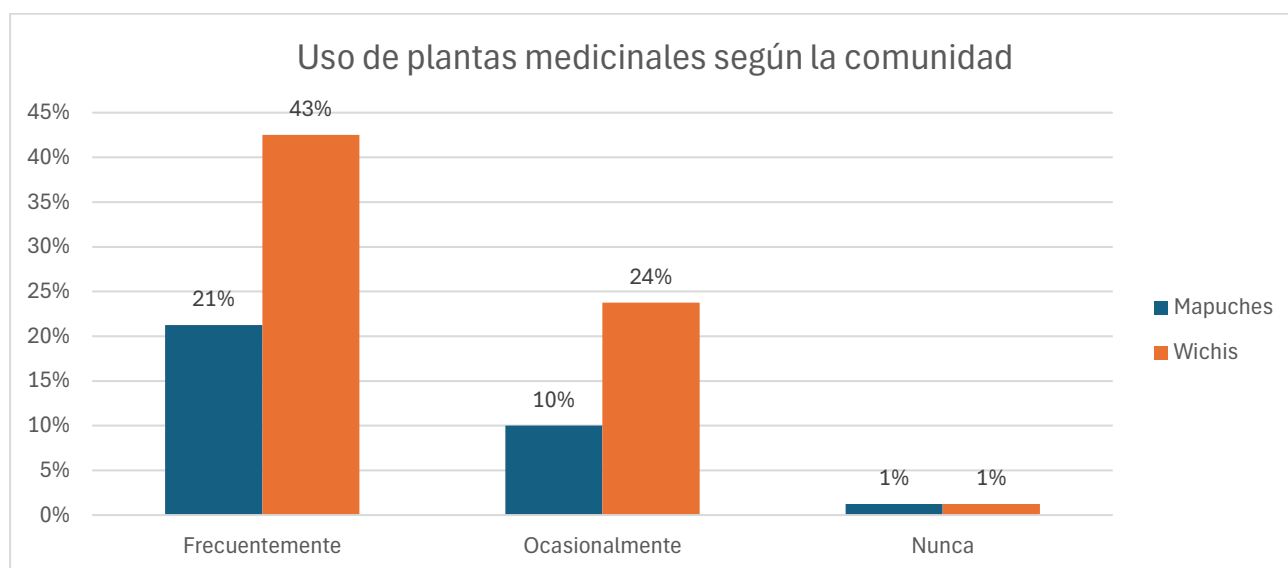
Gráfico 7: Distribución según el conocimiento que tienen los de los profesionales encuestados sobre las prácticas de cuidados ancestrales en las comunidades seleccionadas.



Fuente de elaboración propia.

El gráfico muestra la distribución del total de n°80 profesionales encuestados según su nivel de conocimiento y reconocimiento de las prácticas de cuidados ancestrales presentes en las comunidades donde desempeñan su labor. La gran mayoría, representada por un 80%, manifiesta estar totalmente de acuerdo en reconocer la presencia y relevancia de estas prácticas, lo que refleja un alto grado de valoración y comprensión de los saberes tradicionales en el ejercicio profesional. Por otro lado, un 18% se muestra parcialmente de acuerdo, lo que indica un reconocimiento moderado o con ciertas reservas. Finalmente, solo un 3% expresa desacuerdo, evidenciando una proporción mínima que no identifica estas prácticas como parte significativa del cuidado comunitario.

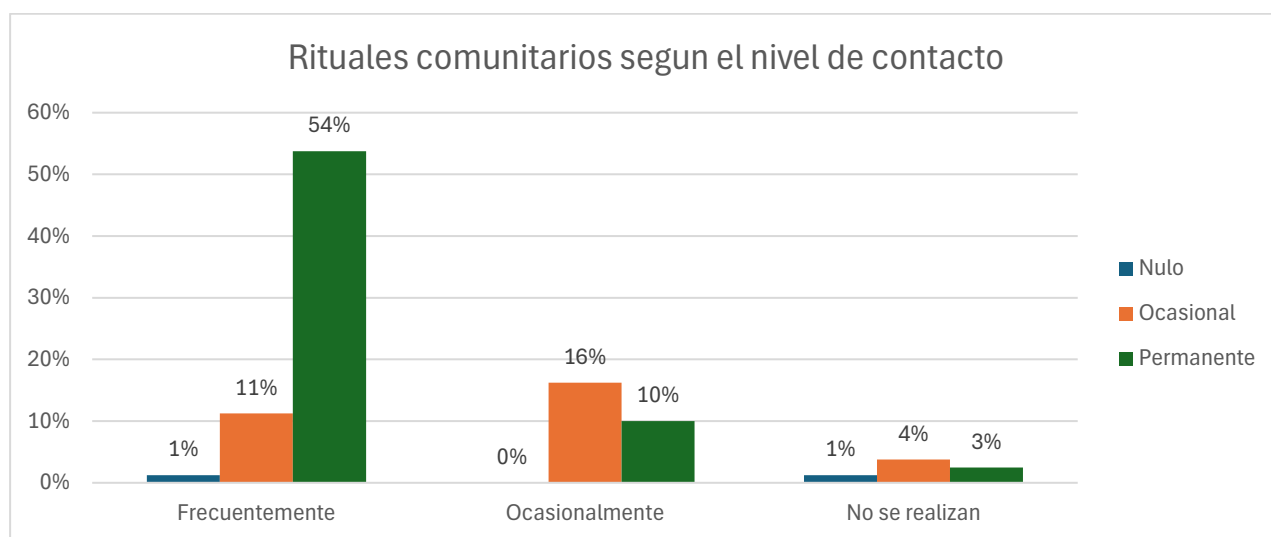
Gráfico 8: Distribución según el conocimiento que tienen los profesionales encuestados sobre uso de plantas medicinales.



Fuente de elaboración propia.

El gráfico presenta la distribución del total de n°80 profesionales encuestados en relación con la frecuencia con la que observan prácticas vinculadas al uso de plantas medicinales en las comunidades con las que trabajan. En el caso de las comunidades wichí, un 43% señala observar estas prácticas con frecuencia, mientras que un 24% lo hace de manera ocasional, evidenciando una presencia significativa de saberes fitoterapéuticos en el cuidado tradicional. Solo un 1% refiere no haberlas observado nunca. En las comunidades mapuche, un 21% de los profesionales indica observar el uso de plantas medicinales con frecuencia y un 10% de manera ocasional, mientras que, al igual que en el caso anterior, un 1% nunca las ha visto. Estos resultados ponen de manifiesto la vigencia y el reconocimiento del uso de recursos naturales en el marco de los cuidados ancestrales.

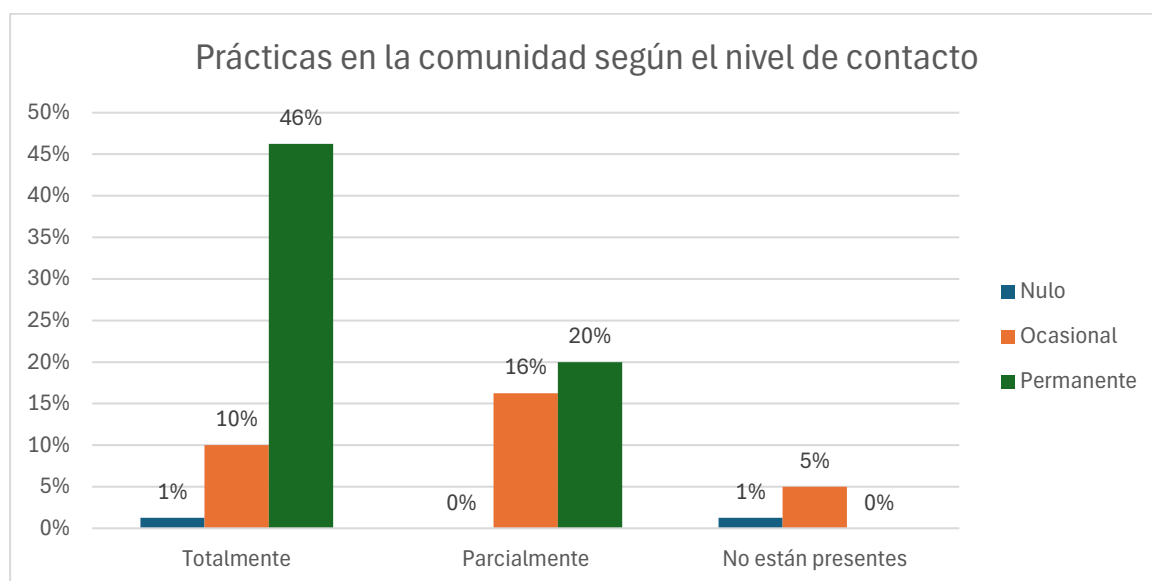
Gráfico 9: Distribución de rituales comunitarios relacionados con la salud según el nivel de contacto que tienen los profesionales encuestados.



Fuente de elaboración propia.

El gráfico refleja la percepción del total de n°80 profesionales encuestados acerca de la realización de rituales comunitarios vinculados a la salud, considerando el nivel de contacto que mantienen con la comunidad. Entre quienes establecen un contacto permanente, un 54% observa que estos rituales se llevan a cabo con frecuencia, mientras que un 10% los percibe de manera ocasional, y solo un 3% refiere que no se realizan. En el grupo que mantiene un contacto ocasional, un 11% indica que los rituales ocurren con frecuencia, un 16% los observa de forma ocasional y un 4% afirma que no se realizan. Por último, entre quienes no tienen contacto directo con la comunidad, apenas un 1% refiere haber presenciado rituales frecuentemente y otro 1% señala que no se llevan a cabo. Estos datos evidencian que la percepción y observación de estas prácticas tradicionales están fuertemente asociadas al grado de vínculo que los profesionales mantienen con la comunidad.

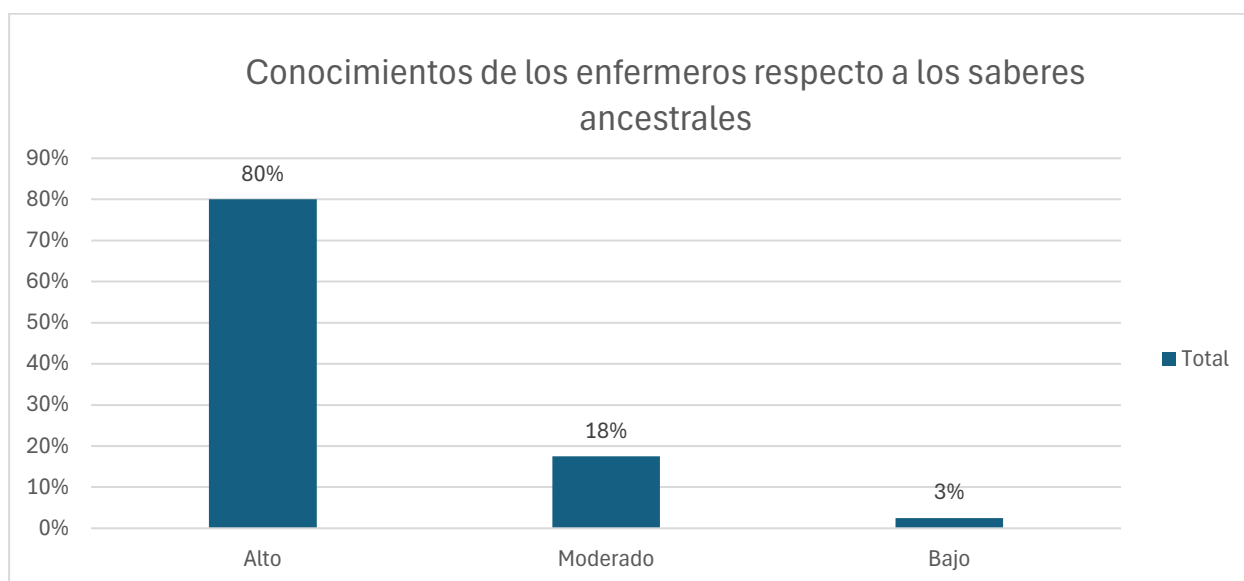
Gráfico 10: Distribución de las prácticas que están vivas en la comunidad según el nivel de contacto cotidiano que tienen los profesionales encuestados.



Fuente de elaboración propia.

El gráfico presenta la percepción del total de n°80 profesionales encuestados acerca de la vigencia de las prácticas ancestrales en las comunidades, en relación con el nivel de contacto directo que mantienen con ellas. Entre quienes poseen un contacto permanente, el 46% considera que dichas prácticas están totalmente presentes y un 20% cree que se mantienen parcialmente, sin que ninguno de los participantes haya indicado su ausencia. En el grupo con contacto ocasional, un 10% sostiene que las prácticas continúan plenamente vigentes, un 16% que se mantienen parcialmente y un 5% que ya no están presentes. Finalmente, entre quienes no tienen contacto directo con la comunidad, solo un 1% considera que las prácticas ancestrales están totalmente presentes, mientras que otro 1% percibe que no existen. Estos resultados evidencian que la percepción sobre la continuidad de los saberes tradicionales está estrechamente vinculada al grado de interacción cotidiana que los profesionales establecen con la comunidad.

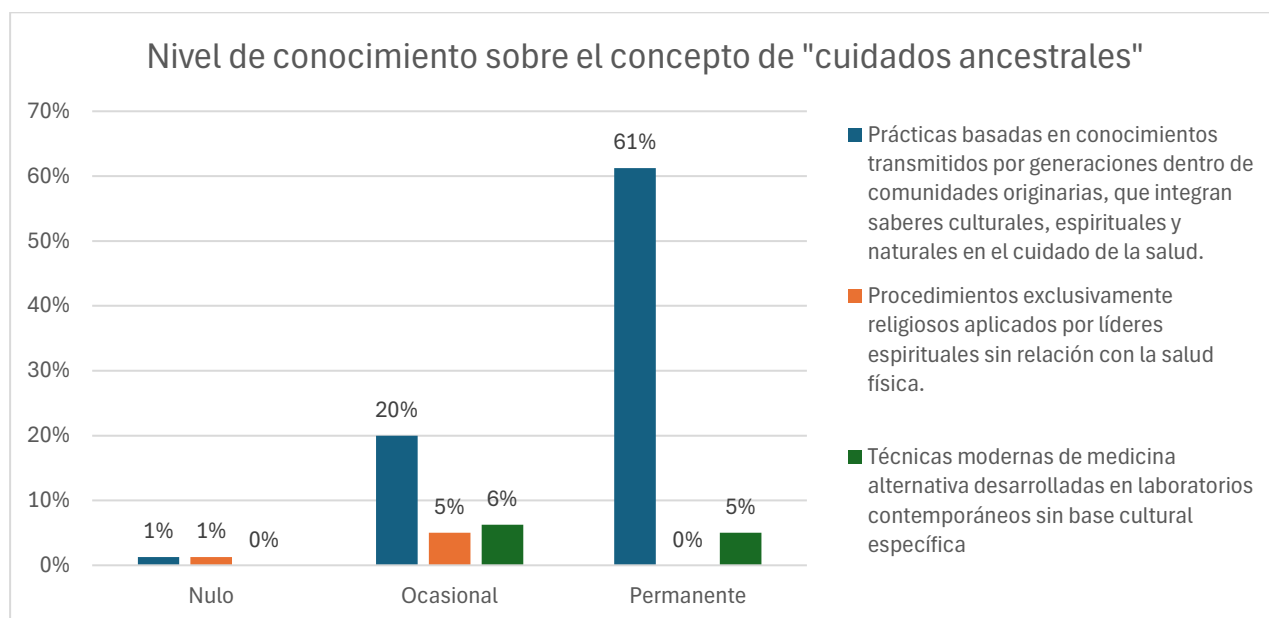
Gráfico 11: Distribución según el conocimiento de los profesionales encuestados respecto a los saberes ancestrales.



Fuente de elaboración propia.

El gráfico refleja la distribución del total de n°80 profesionales encuestados según el nivel de conocimiento que declaran tener sobre los saberes ancestrales presentes en las comunidades con las que trabajan. La mayoría, representada por un 80%, considera poseer un conocimiento alto, lo que evidencia una valoración significativa y una apropiación sólida de estos saberes en su práctica profesional. Por otro lado, un 18% se ubica en un nivel moderado, lo que sugiere un acercamiento parcial o en proceso de profundización. Finalmente, solo un 3% reconoce tener un conocimiento bajo, representando una proporción minoritaria dentro del conjunto de participantes.

Gráfico 12: Distribución del nivel de conocimiento sobre el concepto de “cuidados ancestrales” según el nivel de contacto directo de los profesionales encuestados con las comunidades seleccionadas.



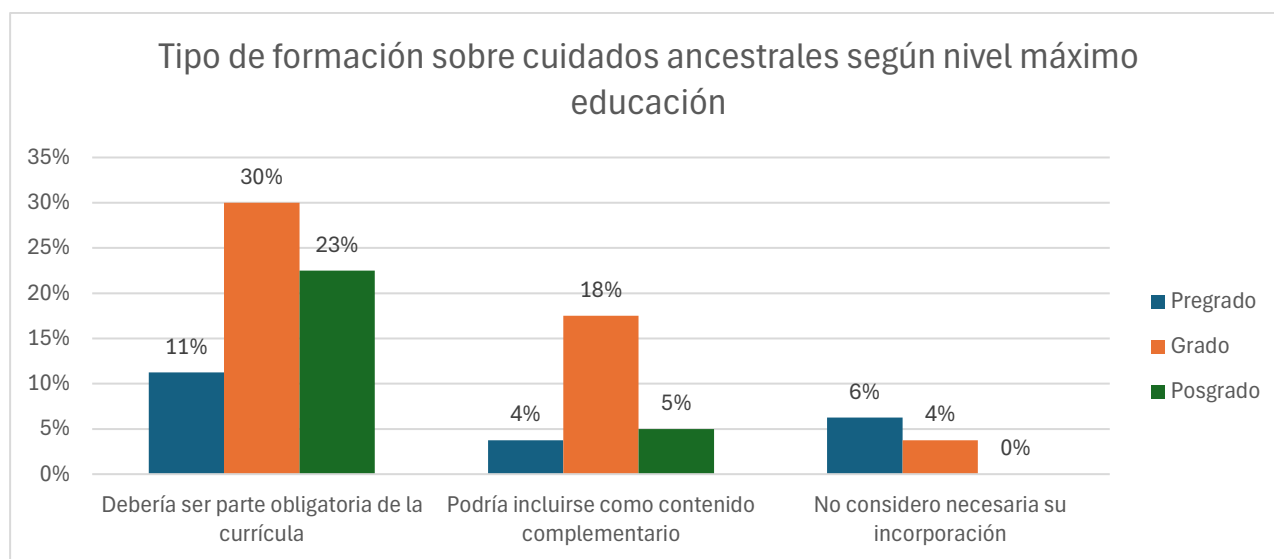
Fuente de elaboración propia.

El gráfico refleja la interpretación del total de n°80 profesionales encuestados acerca del concepto de “cuidados ancestrales”, diferenciando sus percepciones según el nivel de contacto directo que mantienen con las comunidades. La mayoría identifica de manera correcta el concepto como un conjunto de prácticas y saberes transmitidos de generación en generación en las comunidades originarias, que integran aspectos culturales, espirituales y naturales en el cuidado de la salud. En este sentido, un 61% de quienes tienen contacto permanente lo reconoce de esa forma, junto con un 20% del grupo con contacto ocasional y un 1% del grupo con contacto nulo.

En contraste, una minoría lo interpreta de manera limitada, reduciéndolo únicamente a procedimientos religiosos sin relación con la salud física, lo que corresponde a un 5% de los encuestados con contacto ocasional y un 1% con contacto nulo. Finalmente, se observa un sector que refiere un conocimiento parcial del concepto, integrado por un 6% del grupo con

contacto ocasional y un 5% de quienes mantienen un contacto permanente. Estos resultados muestran que el grado de comprensión del concepto de cuidados ancestrales se asocia estrechamente con el nivel de interacción cotidiana con la comunidad.

Gráfico 13: Distribución del tipo de formación sobre cuidados ancestrales según nivel máximo de educación de los profesionales encuestados.



Fuente de elaboración propia.

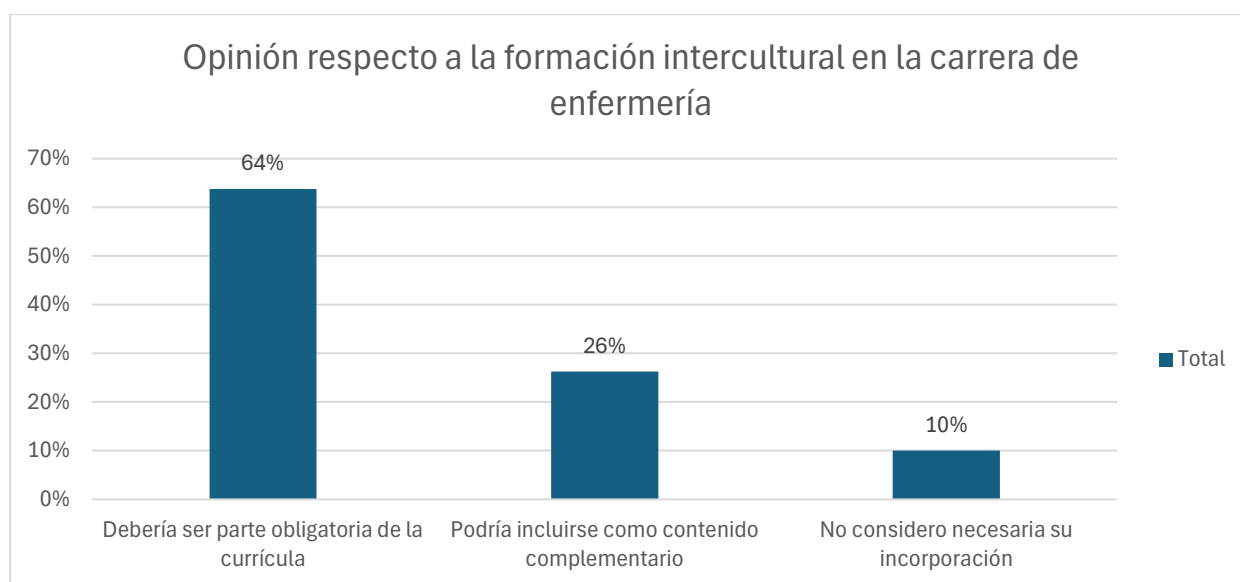
El gráfico presenta la distribución del total de n°80 profesionales encuestados en relación con el tipo de formación sobre cuidados ancestrales recibida durante la carrera, según el nivel máximo de educación alcanzado. Los resultados muestran que la mayoría considera que este contenido debería ser parte obligatoria de la currícula académica, posición que predomina especialmente entre los graduados de grado (30%) y de posgrado (23%), mientras que en el nivel de pregrado el porcentaje es menor (11%).

Asimismo, una parte significativa de los encuestados sostiene que los saberes ancestrales podrían incorporarse como contenido complementario, opción elegida por el 18% de los profesionales con formación de grado, el 5% con posgrado y el 4% con pregrado. En contraste, el rechazo a la incorporación de estos contenidos en la formación resulta mínimo, registrándose

únicamente en un 6% de quienes poseen formación de pregrado y en un 4% de los graduados de grado, sin presencia en el nivel de posgrado.

En términos generales, estos resultados reflejan una marcada tendencia a valorar la inclusión de los cuidados ancestrales en la formación en enfermería, con un mayor grado de aceptación en los niveles de grado y posgrado, lo que evidencia la necesidad de avanzar hacia su institucionalización en el ámbito académico.

Gráfico 14: Distribución sobre la opinión de los profesionales encuestados respecto a la formación intercultural en la carrera de enfermería.

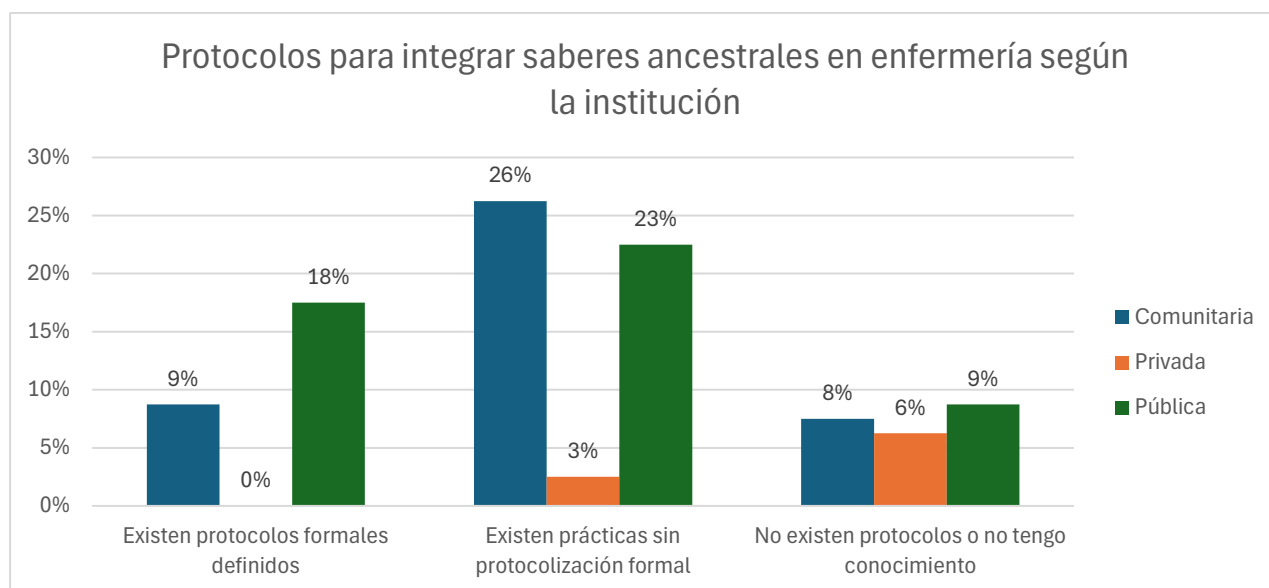


Fuente de elaboración propia.

El gráfico refleja la opinión del total de n°80 profesionales encuestados en relación con la inclusión de la formación intercultural en las carreras de enfermería. La mayoría, representada por un 64%, considera que esta formación debería incorporarse como parte obligatoria de la currícula, lo que evidencia un amplio consenso sobre la importancia de fortalecer las competencias culturales en la práctica profesional. En segundo lugar, un 26% sostiene que podría incluirse como contenido complementario, lo que indica una valoración positiva, aunque con menor grado de obligatoriedad. Finalmente, solo un 10% de los participantes no considera

necesaria su incorporación, lo que representa una proporción minoritaria dentro de la muestra analizada.

Gráfico 15: Distribución de la existencia de protocolos para integrar saberes ancestrales en enfermería según la institución donde desempeñan su labor los profesionales encuestados.



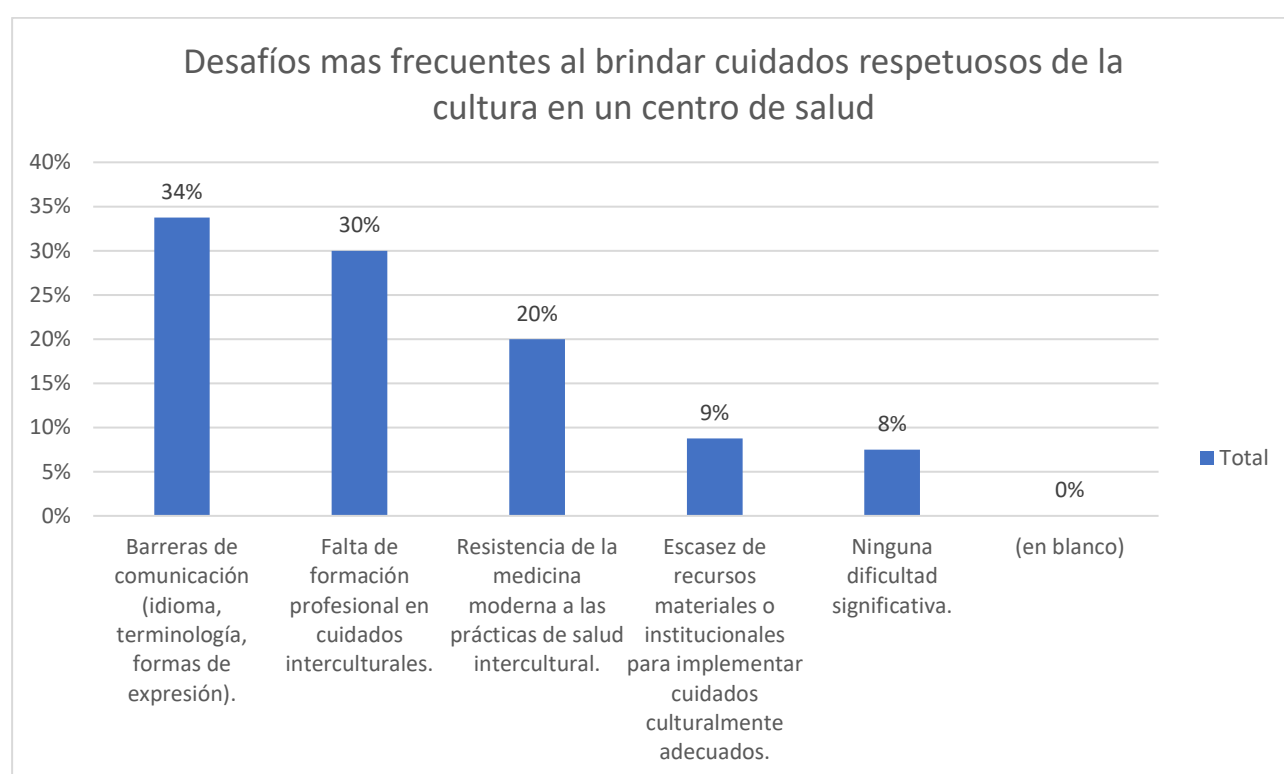
Fuente de elaboración propia.

El gráfico presenta la percepción del total de n°80 profesionales encuestados acerca de la existencia de protocolos destinados a integrar saberes ancestrales en la práctica de enfermería, según el tipo de institución en la que desarrollan su labor. Los resultados evidencian que la mayoría considera que no existen protocolos formales, aunque sí se llevan a cabo prácticas vinculadas a saberes ancestrales sin una estructura protocolizada. En este sentido, un 26% de los participantes que trabajan en instituciones comunitarias y un 23% de quienes lo hacen en el ámbito público refieren la presencia de prácticas no protocolizadas, mientras que en el sector privado solo un 3% reconoce esta situación.

En relación con la existencia de protocolos formales, un 18% de los encuestados en instituciones públicas y un 9% en comunitarias señalaron su presencia, mientras que en el

ámbito privado no se reporta ningún caso. Finalmente, entre quienes manifestaron la inexistencia de protocolos o el desconocimiento sobre ellos, los porcentajes se distribuyen en un 9% para las instituciones públicas, un 8% para las comunitarias y un 6% para las privadas. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de avanzar hacia la formalización e institucionalización de lineamientos que integren los saberes ancestrales en el ejercicio profesional de enfermería.

Gráfico 16: Distribución según los desafíos más frecuentes de los profesionales encuestados al brindar cuidados respetuosos de la cultura en un centro de salud.



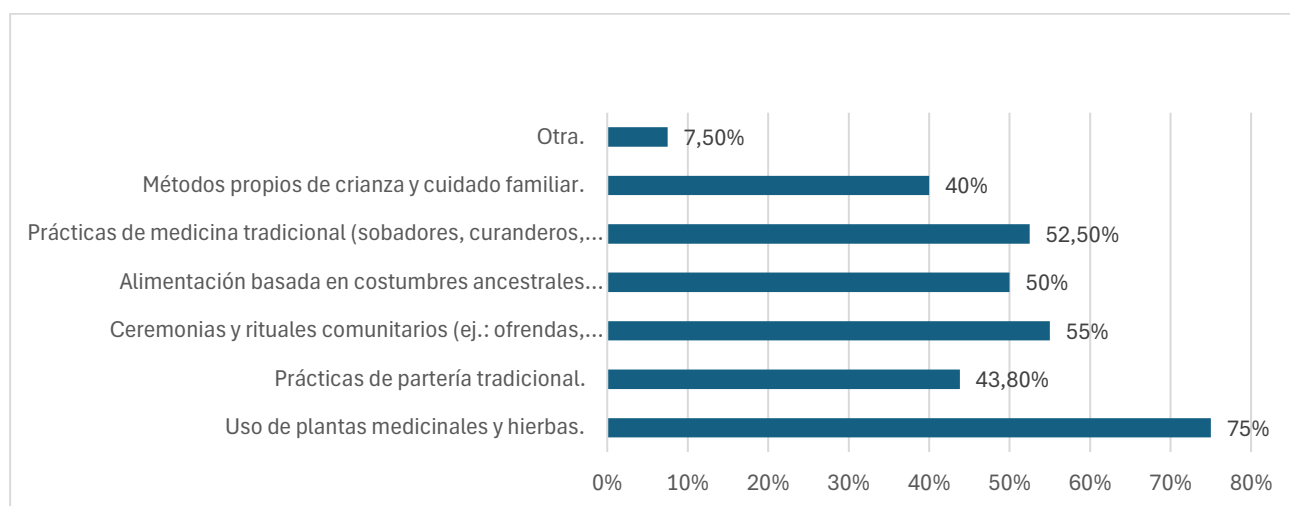
Fuente de elaboración propia.

El gráfico refleja la percepción del total de n°80 profesionales encuestados acerca de los principales desafíos que enfrentan al brindar cuidados respetuosos de la cultura en un centro de salud intercultural. La dificultad más mencionada son las barreras de comunicación, señaladas por un 34% de los participantes, que incluyen diferencias de idioma, terminología y formas de expresión que dificultan el entendimiento mutuo. En segundo lugar, un 30% destacó la falta de

formación profesional en cuidados interculturales, lo que evidencia la necesidad de incorporar estos contenidos de manera sistemática en la formación académica.

Asimismo, un 20% identificó como obstáculo la resistencia del modelo biomédico hegemónico frente a las prácticas de salud intercultural, reflejando tensiones en la articulación entre saberes tradicionales y la medicina científica. Por otra parte, un 9% señaló la escasez de recursos materiales o institucionales para implementar cuidados culturalmente adecuados, mientras que un 8% consideró que no existen dificultades significativas.

Gráfico 17: Distribución de prácticas ancestrales que reconocen los profesionales encuestados que siguen vigentes en la comunidad.



Fuente de elaboración propia.

El gráfico presenta la percepción del total de n°80 profesionales encuestados respecto a las prácticas ancestrales que continúan vigentes en las comunidades donde desarrollan su labor. El uso de plantas medicinales y hierbas se destaca como la práctica más mencionada, señalada por el 75% de los participantes, lo que refleja la fuerte presencia del conocimiento fitoterapéutico tradicional en el cuidado de la salud. En segundo lugar, un 55% identifica la realización de ceremonias y rituales comunitarios, como ofrendas y celebraciones espirituales, evidenciando la importancia de las prácticas colectivas vinculadas a la salud y la espiritualidad.

Asimismo, un 52,5% menciona la medicina tradicional ejercida por sobadores y curanderos, mientras que un 50% destaca la alimentación basada en costumbres ancestrales, relacionada con la preparación de comidas y el uso de productos locales. Las prácticas de partería tradicional fueron reconocidas por el 43,8% de los encuestados, y un 40% señaló la vigencia de métodos propios de crianza y cuidado familiar, lo que pone en evidencia el rol de los saberes comunitarios en la organización social y familiar. Finalmente, un 7,5% refirió otras prácticas no contempladas en las categorías anteriores, lo que demuestra la diversidad y riqueza de los conocimientos ancestrales aún presentes en el territorio.

DISCUSIÓN

La discusión de los resultados permite comprender el rol de la enfermería en la integración de los cuidados ancestrales en centros de salud interculturales, entendiendo que los procesos de salud-enfermedad no se configuran únicamente desde el modelo biomédico, sino también a partir de los sistemas de significados comunitarios transmitidos históricamente por los pueblos originarios. Esta perspectiva reafirma la importancia de considerar la salud como un fenómeno integral, en el que intervienen dimensiones biológicas, sociales, espirituales y culturales, y donde el profesional de enfermería ocupa un papel clave como mediador entre ambos paradigmas.

En relación con la identificación de las prácticas presentes en las comunidades, los resultados reflejan una alta valoración del uso de plantas medicinales, los rituales colectivos y la medicina tradicional ejercida por curanderos, prácticas que se mantienen vigentes y reconocidas por el personal encuestado. Según la distribución registrada (Gráfico n.º7), un 80% de los profesionales manifiesta estar totalmente de acuerdo en reconocer la presencia y relevancia de estas formas de cuidado, lo que evidencia una concepción integral de la salud vinculada al territorio, la espiritualidad y la colectividad. Este hallazgo sugiere que, más allá del marco institucional, existe entre los profesionales una sensibilidad hacia la diversidad cultural y un reconocimiento del valor terapéutico y simbólico de las prácticas ancestrales.

Estos resultados coinciden con lo planteado por Juárez-Ramírez et al. [45], quienes destacan que la interculturalidad solo se vuelve efectiva cuando se reconoce el valor epistémico de los saberes ancestrales, evitando reducirlos a un complemento folklórico del sistema biomédico. Asimismo, lo documentado por Huenchuñir et al. [48] respalda estos hallazgos al demostrar que el uso de plantas medicinales mapuche continúa siendo un recurso terapéutico central en comunidades rurales del sur de Chile y Argentina, fortaleciendo los vínculos entre la atención

primaria y los referentes comunitarios. La coincidencia entre ambos estudios permite afirmar que los saberes tradicionales persisten no solo como herencia cultural, sino como estrategias concretas de autocuidado y salud colectiva, que deben ser comprendidas y acompañadas por el personal de enfermería en su práctica cotidiana.

En lo que respecta al conocimiento y la valoración del personal de enfermería, los resultados muestran que la mayoría de los profesionales reconoce la importancia de los saberes ancestrales, aunque identifica la necesidad de contar con formación específica para incorporarlos de manera adecuada a su práctica (Gráfico n.º11). Esta percepción evidencia una disposición favorable hacia la interculturalidad, pero también una brecha formativa que limita la traducción de ese reconocimiento en acciones concretas. En este sentido, Maldonado-Burgos et al. [47] señalan que la formación intercultural en enfermería es todavía fragmentaria y no forma parte estructural de los planes de estudio universitarios, lo que genera vacíos conceptuales y prácticos en el ejercicio profesional. De igual manera, El-Messoudi et al. [46] advierten que la educación en interculturalidad suele abordarse desde perspectivas superficiales o de carácter teórico, sin promover el desarrollo de competencias reflexivas, comunicacionales y éticas necesarias para el cuidado en contextos culturalmente diversos.

Esta falta de formación formal repercute directamente en la capacidad de la enfermería para interpretar las prácticas de salud en su contexto territorial y simbólico, generando un desafío disciplinar que requiere repensar los programas educativos. Desde esta perspectiva, los resultados del estudio ponen de manifiesto la necesidad de consolidar una formación continua y situada, que integre el diálogo intercultural y la comprensión de los saberes ancestrales como parte del proceso de cuidado, y no como saberes paralelos o ajenos al conocimiento científico.

Finalmente, en relación con la articulación entre los cuidados ancestrales y la práctica profesional, los resultados revelan que persisten barreras comunicacionales, ausencia de lineamientos institucionales claros y predominio del modelo biomédico hegemónico (Gráfico n.º16). Estas dificultades limitan la posibilidad de desarrollar un cuidado verdaderamente intercultural, en el que la enfermería pueda desempeñar un rol de enlace entre los saberes tradicionales y la atención formal. Este escenario concuerda con lo señalado por la Organización Panamericana de la Salud [49], que subraya que la interculturalidad sostenible requiere marcos institucionales que reconozcan a las comunidades como actores de decisión y garanticen espacios de participación horizontal. Asimismo, Paredes-Solís et al. [46] demostraron que la integración de la partería ancestral en servicios de salud materna mejora los resultados en salud cuando se construye mediante acuerdos comunitarios, en los que el conocimiento local y el científico dialogan desde el respeto mutuo.

Estos hallazgos permiten confirmar la hipótesis del estudio, al evidenciar que la articulación entre enfermería y cuidados ancestrales no solo es posible, sino también beneficiosa para el fortalecimiento del modelo de Atención Primaria de la Salud. Sin embargo, su sostenibilidad depende de la existencia de políticas institucionales inclusivas, del reconocimiento de la diversidad epistémica y del compromiso del equipo de salud en construir relaciones interculturales basadas en la escucha, la empatía y el respeto. En este sentido, la enfermería emerge como un actor estratégico para tender puentes entre los sistemas de conocimiento, promoviendo un cuidado que integre la ciencia con la sabiduría ancestral, reafirmando su compromiso con la equidad cultural y el derecho de los pueblos a definir sus propias formas de sanar.

CONCLUSIÓN

La investigación permitió analizar la integración de la enfermería a los cuidados ancestrales en centros de salud interculturales del norte y sur de Argentina, evidenciando la coexistencia y complementariedad de saberes que enriquecen la práctica del cuidado. Los resultados mostraron que los profesionales reconocen y valoran prácticas tradicionales como el uso de plantas medicinales, los rituales comunitarios, la partería y la espiritualidad, integrándolas de manera gradual mediante el diálogo con las comunidades originarias.

Se observó, además, que la participación comunitaria en la planificación del cuidado y la disposición del personal de salud para adecuar sus intervenciones a los contextos culturales favorecen vínculos de confianza y fortalecen la adherencia a los tratamientos. Esto reafirma el rol de la enfermería como mediadora entre el modelo biomédico y los saberes ancestrales, promoviendo una atención integral y culturalmente pertinente.

No obstante, persisten desafíos relacionados con la ausencia de lineamientos institucionales, la necesidad de formación específica en competencias interculturales y la influencia del modelo hegemónico de atención. La hipótesis planteada se confirma, dado que la articulación entre enfermería y cuidados ancestrales se presenta de manera positiva cuando existe participación comunitaria y adecuación cultural.

Como limitación, se reconoce que la distancia geográfica condicionó el alcance del trabajo de campo, acotando el tamaño de la muestra. Se sugiere ampliar futuras investigaciones a otras regiones y profundizar el enfoque cualitativo para fortalecer la comprensión del fenómeno.

RECOMENDACIONES

A partir de los resultados obtenidos, se formulan las siguientes recomendaciones orientadas a fortalecer la integración de los cuidados ancestrales en la práctica profesional y en la formación académica de enfermería. Estas acciones buscan consolidar un modelo de atención intercultural equitativo, participativo y humanizado.

- **Incorporación curricular:** La interculturalidad debe integrarse como eje transversal en la formación de enfermería. Los contenidos sobre cuidados ancestrales, diversidad cultural y saberes comunitarios deben ocupar un lugar estructural en la currícula, favoreciendo el desarrollo de competencias culturales, éticas y comunicacionales.
- **Protocolos de actuación intercultural:** Resulta necesario elaborar guías y lineamientos de cuidado diseñados por los equipos de enfermería, en articulación con referentes comunitarios y sanadores tradicionales. Estos protocolos permitirán adaptar las prácticas asistenciales a los contextos culturales específicos, fortaleciendo la autonomía profesional.
- **Capacitación continua:** Se sugiere implementar programas permanentes de formación en salud intercultural para el personal en ejercicio, abordando el reconocimiento de saberes ancestrales, la mediación cultural, el uso de lenguas originarias y estrategias de comunicación efectiva.
- **Políticas institucionales participativas:** Debe promoverse el diálogo y la participación comunitaria en los procesos de atención y gestión del cuidado, reconociendo a la enfermería como puente entre los equipos de salud, líderes comunitarios y sanadores tradicionales.

Estas recomendaciones apuntan a consolidar una práctica de enfermería comprometida con la equidad en salud, el respeto a la diversidad cultural y el reconocimiento de los saberes ancestrales como parte viva del cuidado contemporáneo.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Cofré-González CG, Martínez-Saldías K, Jiménez-Muñoz M, Velásquez-Morales J. Fortalezas y debilidades sobre la incorporación de la gestión del cuidado en la formación de pregrado en enfermería. *Rev Enferm*. 2022;15(1):45–54.
- [2] Mancinelli G. La importancia de la participación y colaboración de los pueblos indígenas en la formación de los trabajadores de salud. *Rev Salud Intercultural*. 2023;10(2):22–30.
- [3] Rodríguez C. Derecho a la salud intercultural: una mirada desde la justicia epistémica. *Rev Salud Colectiva*. 2021;17(1):45–58.
- [4] Aguilar-Peña M, et al. Salud intercultural y modelo propio indígena. *Rev Salud Intercultural*. 2020;9(2):10–20.
- [5] López ME, Lepez SP. El rol de la enfermería en la salud intercultural: propuestas desde una experiencia en Argentina. *Rev Enferm Comunitaria*. 2022;8(3):30–40.
- [6] Leininger M. *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. 2nd ed. Boston: Jones & Bartlett; 2002.
- [7] Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS reivindica su apuesta por los diálogos interculturales para visibilizar prioridades en salud intercultural. 2024 [Internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/18-4-2024-ops-reivindica-su-apuesta-pordialogos-interculturales-para-visibilizar>
- [8] Lino-Indio MS, Berrezueta-Malla GE, Delvalle-Lino RE, Chong-Zavala NA.

Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado. Rev Arbitr Interdiscip Cienc Salud y Vida [Internet]. 2023 Jul–Dic [citado año mes día];7(14):69–79. Disponible en: <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i14.2563>

[9] Fernández CA, Nobile Pascualides L, Turconi J. Salud colectiva, decolonialidad y feminismo(s): apuestas desde el diálogo de saberes entre mujeres. Conciencia Social [Internet]. 2020 [citado 2025 may 19];4(7):262–278. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/30762>

[10] Monteiro MAC, Siqueira LEA, Frota NM, Barros LM, Holanda VMS. Asistencia de enfermería para la salud de las poblaciones indígenas: una revisión de alcance. Cogitare Enferm [Internet]. 2023 [citado 2025 may 19];28:e91075. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.91075>

[11] Mier-Báez CD, Vaca-Colcha SE, Chávez-Guevara KJ, Chachalo-Sandoval MG. Prácticas ancestrales e interculturales de los pueblos indígenas en la aplicación de normativas ESAMYN. Sanitas [Internet]. 2024 [citado 2025 may 19];3(Esp):108–16. Disponible en: <https://doi.org/10.62574/y3ew3m73>

[12] Briones HBE, Muñoz WLC, Patiño HMC, Moreira MFT. Saberes ancestrales: una revisión para fomentar el rescate y revalorización en las comunidades indígenas del Ecuador. J Sci Res. 2021;6(3):112-28.

[13] Sánchez-Salas J, Estrada-Castillón E, Muro-Pérez G, Hornung-Leoni CT, GarcíaAranda MA, Valenzuela-Núñez LM. La medicina tradicional: recurso invaluable. In: Recursos bióticos de la Sierra del Astillero. Vol. 1 Medio biofísico y vegetación. 2025. p.87.

[14] Papalini V, Avelín Cesco MJ. Pluralismo médico: regulaciones y concepciones de salud en seis países de América Latina. Perfiles Latinoam. 2022. p.30.

[15]Ríos Oliveros LA, Villalobos Aguayo P, Morales Benítez BI. Desarrollo local versus rezago social en familia-comunidad nahua de Zitlala, con rescate de saberes ancestrales y prácticas bioculturales. 2022.

[16]Crespo JM, Vila-Viñas D, Lema A, Álvarez F, Rosero F, Villareal E, et al. Saberes y conocimientos originarios, tradicionales y populares. Buen Conocer - FLOK Society. 2014.

[17]Ríos Oliveros LA, Villalobos Aguayo P, Joanico Morales B. Salud y bienestar confrontados con el modelo médico hegemónico, debate para propuesta. 2021.

[18]Quijano A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. In: Lander E, editor. La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Buenos Aires: CLACSO; 2000. p. 201–46

[19]Castro AR. Hacia una tipología de la interculturalidad en salud: alcances, disputas y retos. Andamios. 2021;18(45):535-52.

[20]Quilambaqui JP, Salgado LR, Herrera AV, Reyes ER. Estudio del cuidado materno y conocimientos ancestrales en el Ecuador con ayuda de mapas cognitivos neutrosóficos. 2022.

[21]Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén. Centro de Salud Intercultural Ruca Choroy Raguñ Kien [Internet]. Neuquén: Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén; 2021 [citado 20 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://salud.neuquen.gob.ar/centro-desalud-intercultural-ruca-choroi-ragnin-kien/>

[22]Universidad Nacional Arturo Jauretche. ¿La salud intercultural es posible? Experiencia en Embarcación, Salta [Internet]. Florencio Varela: Universidad Nacional Arturo Jauretche; [fecha desconocida] [citado 20 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://pueblo.unaj.edu.ar/la-salud-intercultural-es-posible-experiencia-en-embarcacion-salta/>

[23] Lago DA. Revalorizando nuestro conocimiento ancestral. Aportes para una enfermería intercultural. El caso de la medicina ancestral en la comunidad Kume Mapu de Aguada de Guerra, Río Negro, 2022/2023: Ñimitutuaiñ taiñ kuifike kimün [Tesis de licenciatura].

Viedma: Universidad Nacional del Comahue, Centro Universitario Regional Zona Atlántica; 2024.

[24] Gualán ÁJ, Arias IB, Morocho JC, Zambrano FT. La medicina ancestral: sentires, pensares y haceres según los curanderos, sanadores, yachaks y comadronas de la UNASAYE. LATAM Rev Latinoam Cienc Soc Humanid. 2024;5(6):3467-86.

[25] Arteaga MT. Buenas prácticas en la salud intercultural: una reflexión sobre la ética de sanadoras y sanadores de la Unión Campesina del Azuay-Ecuador (UNASAY-E). En:

Caminos de reflexión y pensamiento: análisis desde la filosofía hasta los ODS. Madrid:

Dykinson; 2023. p. 568-86.

[26] García Guerreiro L. Prácticas y saberes médicos tradicionales del pueblo diaguita catamarqueño y su relación con el sistema de salud pública. Andes. 2021.

[27] Rodríguez YCR, Marín JG, Ramirez CER, Ferla AA. Los saberes ancestrales como pervivencia viva en salud en indígenas del Vaupés, en la Amazonia Colombiana.

Decolonialidades e cuidados em saúde na América Latina. 2023; p.116.

[28] Espinoza S, Pastorino M. Pauka/krisi siknis desde la atención del personal de salud en Bilwi y Waspam río Coco. Rev Cienc Intercult. 2021.

[29] Cedeño Tapia SJ, et al. Reflexiones sobre las bases conceptuales de la interculturalidad, las problemáticas y retos desde la formación de enfermería. Rev Cient Enferm. 2021;10(1):94-108.

- [30] Dussel E. Filosofía de la liberación. Una antología. México: Siglo XXI Editores; 2021. p. 113.
- [31] Ortega Cadena N, Santamaría E, Tisoy Tandioy P. La ética de lo humano desde el cuidado intercultural. Bol Inf CEI. 2021;8(2):100-3. Disponible en: <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/2688>
- [32] Briñez Ariza KJ, Ortiz Whitaker MC, González Soto CE. Etnoenfermería y teoría del cuidado cultural, evidencias metodológicas en la investigación en enfermería: una revisión integrativa. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2024.
- [33] Buera MM, García VP, del Barrio Aranda N, Pérez AMA, García MP, Fernández TM. Madeleine Leininger, artículo monográfico. Rev Sanit Investig. 2021;2(4):63.
- [34] Ariza KJB, Whitaker MCO. Madeleine Leininger como referente metodológico de la etnoenfermería. Horiz Enferm. 2024;35(1):331-46.
- [35] Leininger M, McFarland MR. Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory [Diversidad y universalidad del cuidado cultural: una teoría de enfermería a nivel mundial]. 2ª ed. Sudbury (MA): Jones & Bartlett Publishers; 2006.
- [36] World Health Organization. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. Geneva: WHO; 2013.
- [37] Organización Internacional del Trabajo. Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales. Ginebra: OIT; 1989.
- [38] Argentina. Ley N.º 23.302. Política indígena y apoyo a las comunidades aborígenes.

Boletín Oficial de la República Argentina; 1985.

[39] Argentina. Constitución de la Nación Argentina. Artículo 75, inciso 17. Reformada en 1994

[40] Salta. Ley N.º 7856. Red de Apoyo Sanitario Intercultural e Interinstitucional para Pueblos Originarios. Boletín Oficial de Salta; 2015.

[41] Neuquén. Decreto N.º 1907/2021. Reconocimiento del Centro de Salud Intercultural Rangín Kien. Boletín Oficial de Neuquén; 2021.

[42] Naciones Unidas. Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Nueva York: ONU; 2007.

[43] Argentina. Ministerio de Salud. Interculturalidad y salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2022. Disponible en: <https://iah.msar.gov.ar/doc/Documento179.pdf>

[44] Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2014.

[45] Juárez-Ramírez C, García-Imbert S, Hernández-Ávila M. Interculturalidad en la atención primaria de la salud en México: avances y desafíos. Salud Publica Mex. 2021;63(3):362-370.

[46] Huenchuñir P, Antileo C, Curihuínca R, et al. Uso de plantas medicinales mapuche en la atención primaria de salud en La Araucanía. Rev Med Chil. 2021;149(9):1234-1242.

[47]Maldonado-Burgos W, Ortiz-Hernández L, Cáceres M. Competencias culturales en enfermería para atención a pueblos originarios: desafíos formativos. *Rev Latino-Am Enferm.* 2023;31:e3900.

[48]El-Messoudi Y, Lillo-Crespo M, Leyva-Moral J. Education in cultural competence and transcultural care for nurses in Spanish: a scoping review. *BMC Nurs.* 2023;22:145.

[49]Organización Panamericana de la Salud. Diálogos interculturales para el fortalecimiento de servicios de salud en territorios indígenas. Washington, D.C.: OPS; 2022.

I. ANEXOS

Valor de dimensiones

Dimensión: Identificar las prácticas de cuidados ancestrales presentes en las comunidades seleccionadas.	
Indicadores: 9, 10, 11, 12,13	
Totalmente de acuerdo 3 (11-15)	Multiplicar el valor de la dimensión 3×5 cantidad de indicadores = 15
Parcialmente de acuerdo 2 (6-10)	Multiplicar el valor de la dimensión 2×5 cantidad de indicadores = 10
Desacuerdo 1 (1-5)	Multiplicar el valor de la dimensión 1×5 cantidad de indicadores = 5
Dimensión: Describir los conocimientos del personal de enfermería respecto a los saberes ancestrales.	
Indicadores: 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20	
Alto 3 (15 -21)	Multiplicar el valor de la dimensión 3×7 cantidad de indicadores = 21
Moderado 2 (8-14)	Multiplicar el valor de la dimensión 2×7 cantidad de indicadores = 14
Bajo 1 (1-7)	Multiplicar el valor de la dimensión 1×7 cantidad de indicadores = 7

Encuesta

1. ¿Cuál es su rango etario?
 - De 20 a 30 años
 - De 31 a 40 años
 - De 41 a 49 años
 - 50 años o más
2. ¿Cuál es su nivel máximo de formación?
 - Pregrado
 - Grado
 - Posgrado
3. ¿En qué región trabaja?
 - Norte (Salta)
 - Sur (Neuquén)
 - Otra
4. ¿Hace cuánto trabaja en contextos interculturales?
 - Menos de 1 año
 - a 3 años
 - Más de 3 años
5. ¿En qué tipo de institución desempeña su labor actualmente?
 - Pública
 - Privada
 - Comunitaria
6. ¿Cuál es la población que más frecuentemente atiende?
 - Wichis

- Mapuches
- Otras

7. ¿Qué nivel de contacto directo mantiene con la comunidad en su práctica cotidiana?

- Permanente
- Ocasional
- Nulo

8. ¿Utiliza alguna lengua indígena en su práctica profesional?

- Sí, con fluidez
- Sí, con ayuda o intérprete
- No

9. ¿Ha observado prácticas de uso de plantas medicinales en su comunidad?

- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Nunca

10. ¿Existen parteras tradicionales en su zona?

- Existen actualmente y participan activamente
- Existieron en el pasado, pero ya no actúan
- No tengo conocimiento

11. ¿Se realizan rituales comunitarios relacionados con la salud?

- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- No se realizan

12. ¿Se consulta a personas sabias (Pijañ kuce/ Lhamtes) sobre temas de salud?
- De forma habitual
 - Solo en ocasiones especiales
 - No se consulta
13. ¿Están vivas estas prácticas en su comunidad?
- Totalmente
 - Parcialmente
 - No están presentes
14. ¿Cuál es su nivel de conocimiento sobre el concepto de “cuidados ancestrales”?
- Prácticas basadas en conocimientos transmitidos por generaciones dentro de comunidades originarias, que integran saberes culturales, espirituales y naturales en el cuidado de la salud.
 - Técnicas modernas de medicina alternativa desarrolladas en laboratorios contemporáneos sin base cultural específica
 - Procedimientos exclusivamente religiosos aplicados por líderes espirituales sin relación con la salud física.
15. ¿Qué grado de eficacia tienen los cuidados ancestrales para tratar enfermedades?
- Alta
 - Media
 - Baja
16. ¿Qué tipo de formación recibió sobre cuidados ancestrales durante su carrera?

- Estructurada y específica
- Aisladas o contenidos indirectos
- Ningún tipo de formación

17. ¿Cuál es su opinión respecto a la formación intercultural en las carreras de enfermería?

- Debería ser parte obligatoria de la currícula
- Podría incluirse como contenido complementario
- No considero necesaria su incorporación

18. ¿Cómo calificaría su disposición a dialogar con agentes de salud ancestral en su práctica profesional?

- Favorable
- Medianamente desfavorable
- Desfavorable

19. ¿Existen protocolos para integrar saberes ancestrales con enfermería en su institución?

- Existen protocolos formales definidos
- Existen prácticas sin protocolización formal
- No existen protocolos o no tengo conocimiento

20. ¿Qué grado de acuerdo tiene con participar en una capacitación conjunta con sanadores tradicionales?

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo en forma moderada
- En desacuerdo

21. ¿Qué desafío considera más frecuente al brindar cuidados respetuosos de la cultura en un centro de salud intercultural?

- Barreras de comunicación (idioma, terminología, formas de expresión).
- Falta de formación profesional en cuidados interculturales.
- Escasez de recursos materiales o institucionales para implementar cuidados culturalmente adecuados.
- Ninguna dificultad significativa.
- Resistencia de la medicina moderna a las prácticas de salud intercultural.
- Otro

22. ¿Qué prácticas ancestrales reconoce que siguen vigentes en la comunidad?

- Uso de plantas medicinales y hierbas.
- Prácticas de partería tradicional.
- Ceremonias y rituales comunitarios (ej.: ofrendas, celebraciones espirituales).
- Alimentación basada en costumbres ancestrales (preparación de comidas, uso de productos locales).
- Prácticas de medicina tradicional (sobadores, curanderos, etc.).
- Métodos propios de crianza y cuidado familiar.
- Otra

II. ANEXO

Tabla n°1: Distribución según el nivel máximo de formación de los profesionales encuestados.

Etiquetas de fila	Cuenta de 2. ¿Cuál es su nivel máximo de formación?
Grado	51%
Posgrado	28%
Pregrado	21%
Total general	100%

Etiquetas de fila	Cuenta de 2. ¿Cuál es su nivel máximo de formación?
Grado	51%
Posgrado	28%
Pregrado	21%
Total general	100%

Tabla n°2: Distribución según la región donde desempeñan su labor los profesionales encuestados.

Etiquetas de fila	Cuenta de 3. ¿En qué región trabaja?
Norte (Salta)	64%
Sur (Neuquén)	35%
Otra	1%
Total general	100%

Tabla n°3: Distribución según la antigüedad laboral en contextos interculturales de los profesionales encuestados.

Cuenta de 4. ¿Hace cuánto trabaja en contextos interculturales?	
Etiquetas de fila	
Menos de 1 año	10%
1 a 3 años	35%
Más de 3 años	55%
Total general	100%

Tabla n°4: Distribución según el tipo de institución donde desempeñan su labor actualmente los profesionales encuestados.

Cuenta de 5. ¿En qué tipo de institución desempeña su labor actualmente?	
Etiquetas de fila	
Comunitaria	43%
Privada	9%
Pública	49%
Total general	100%

Tabla n°5: Distribución según la población que más frecuente atienden los profesionales encuestados.

Cuenta de 6. ¿Cuál es la población que más frecuentemente atiende?	
Wichis	68%
Mapuches	33%
Total general	100%

Tabla n°6: Distribución según el nivel de contacto directo que mantienen con la comunidad en su práctica cotidiana los profesionales encuestados.

Etiquetas de fila	Cuenta de 7. ¿Qué nivel de contacto directo mantiene con la comunidad en su práctica cotidiana?
Nulo	3%
Ocasional	31%
Permanente	66%
Total general	100%

Tabla n°7: Distribución según el conocimiento que tienen los de los profesionales encuestados sobre las prácticas de cuidados ancestrales en las comunidades seleccionadas.

Etiquetas de fila	Cuenta de IDENTIFICAR
Totalmente de acuerdo	80%
Parcialmente de acuerdo	18%
Desacuerdo	3%
Total general	100%

Tabla 8: Distribución según el conocimiento que tienen los profesionales encuestados sobre uso de plantas medicinales.

Cuenta de 9. ¿Ha observado prácticas de uso de plantas medicinales en su comunidad?	Etiquetas de columna	Total
Etiquetas de fila	Mapuches	Wichis general
Frecuentemente	21%	43% 64%
Ocasionalmente	10%	24% 34%
Nunca	1%	1% 3%
Total general	33%	68% 100%

Tabla n°9: Distribución de rituales comunitarios relacionados con la salud según el nivel de contacto que tienen los profesionales encuestados.

Cuenta de 11. ¿Se realizan rituales comunitarios relacionados con la salud?	Etiquetas de columna	de		
Etiquetas de fila	Nulo	Ocasional	Permanente	Total general
Frecuentemente	1%	11%	54%	66%
Ocasionalmente	0%	16%	10%	26%
No se realizan	1%	4%	3%	8%
Total general	3%	31%	66%	100%

Tabla n°10: Distribución de las prácticas que están vivas en la comunidad según el nivel de contacto cotidiano que tienen los profesionales encuestados.

Cuenta de 13. ¿Están vivas estas prácticas en su comunidad?	Etiquetas de columna	de		
Etiquetas de fila	Nulo	Ocasional	Permanente	Total general
Totalmente	1%	10%	46%	58%
Parcialmente	0%	16%	20%	36%
No están presentes	1%	5%	0%	6%
Total general	3%	31%	66%	100%

Tabla n°11: Distribución según el conocimiento de los profesionales encuestados respecto a los saberes ancestrales.

Etiquetas de fila	Cuenta de DESCRIBIR
Alto	80%
Moderado	18%
Bajo	3%
Total general	100%

Tabla n°12: Distribución del nivel de conocimiento sobre el concepto de “cuidados ancestrales” según el nivel de contacto directo de los profesionales encuestados con las comunidades seleccionadas.

Cuenta de 14.

¿Cuál es su nivel de conocimiento sobre el concepto de “cuidados

ancestrales”? Etiquetas de columna

	Prácticas basadas en conocimientos transmitidos por generaciones dentro de comunidades originarias, que integran saberes culturales, espirituales y naturales en el cuidado de la salud.	Procedimientos exclusivamente religiosos aplicados por líderes que por espírituales y naturales en el relación con la salud física.	Técnicas modernas de medicina alternativa desarrolladas en laboratorios contemporáneos sin base cultural	Total
Etiquetas de fila	cuidado de la salud.	física.	específica	general
Nulo	1%	1%	0%	3%
Ocasional	20%	5%	6%	31%
Permanente	61%	0%	5%	66%
Total general	83%	6%	11%	100%

Tabla n°13: Distribución del tipo de formación sobre cuidados ancestrales según nivel máximo de educación de los profesionales encuestados.

Cuenta de 16. ¿Qué tipo de formación recibió sobre cuidados ancestrales durante su carrera?		Etiquetas de columna			Total
Etiquetas de fila		Pregrado	Gra do	Posgrado	general
			30		
Debería ser parte obligatoria de la currícula		11%	%	23%	64%
			18		
Podría incluirse como contenido complementario		4%	%	5%	26%
No considero necesaria su incorporación		6%	4%	0%	10%
			51		
Total general		21%	%	28%	100%

Tabla n°14: Distribución sobre la opinión de los profesionales encuestados respecto a la formación intercultural en la carrera de enfermería.

Etiquetas de fila	Cuenta de 17. ¿Cuál es su opinión respecto a la formación intercultural en las carreras de enfermería?
Debería ser parte obligatoria de la currícula	64%
Podría incluirse como contenido complementario	26%
No considero necesaria su incorporación	10%
Total general	100%

Tabla n°15: Distribución de la existencia de protocolos para integrar saberes ancestrales en enfermería según la institución donde desempeñan su labor los profesionales encuestados.

Cuenta de 19. ¿Existen protocolos para integrar saberes ancestrales con enfermería en su institución?		Etiquetas de columna			
Etiquetas de fila		Comunitaria	Privada	Pública	Total
					general
Existen protocolos formales definidos	9%		0%	18%	26%
Existen prácticas sin protocolización formal	26%		3%	23%	51%
No existen protocolos o no tengo conocimiento	8%		6%	9%	23%
		49			
Total general	43%	9%	%	100%	

Tabla n°16: Distribución según los desafíos más frecuentes de los profesionales encuestados al brindar cuidados respetuosos de la cultura en un centro de salud.

Etiquetas de fila	Cuenta de 21. ¿Qué desafío considera más frecuente al brindar cuidados respetuosos de la cultura en un centro de salud intercultural?
Barreras de comunicación (idioma, terminología, formas de expresión).	34%
Falta de formación profesional en cuidados interculturales.	30%
Resistencia de la medicina moderna a las prácticas de salud intercultural.	20%
Escasez de recursos materiales o institucionales para implementar cuidados culturalmente adecuados.	9%
Ninguna dificultad significativa.	8%
(en blanco)	0%
Total general	100%

Tabla n°17: Distribución de prácticas ancestrales que reconocen los profesionales encuestados que siguen vigentes en la comunidad.

¿Qué prácticas ancestrales reconoce que siguen vigentes en la comunidad?	
Uso de plantas medicinales y hierbas.	75%
Prácticas de partería tradicional.	43,80%
Ceremonias y rituales comunitarios (ej.: ofrendas, celebraciones espirituales).	55%
Alimentación basada en costumbres ancestrales (preparación de comidas, uso de productos locales).	50%
Prácticas de medicina tradicional (sobadores, curanderos, etc.).	52,50%
Métodos propios de crianza y cuidado familiar.	40%
Otra.	7,50%



Consentimiento informado

Me dirijo a usted para solicitar autorización formal para llevar a cabo una investigación acerca de la “Contribución de enfermería en los cuidados ancestrales: un enfoque desde los saberes comunitarios”, como parte de los requisitos para la obtención del título de grado en la carrera Licenciatura en Enfermería.

La investigación se llevará a cabo bajo estrictos estándares éticos, garantizando el respeto a la confidencialidad, anonimato y voluntariedad de los participantes.

Agradecería contar con su autorización para desarrollar la investigación dentro del contexto intercultural en el que trabajan, el cual nos permitirá aportar nuevos conocimientos y contribuir con el fortalecimiento de prácticas de cuidado culturalmente pertinentes, basadas en la evidencia y el respeto a la diversidad.

Quedo a disposición para proporcionar cualquier información adicional que sea necesaria.

Atentamente, Cortesi Fenández Jazmín Aldana.