

Saberes ancestrales e interculturales en prácticas profesionales de estudiantes de Medicina de la UNFLEP, Estelí

Ancestral and Intercultural knowledge in the professional practices of Medical students at UNFLEP, Estelí

 <https://doi.org/10.5377/wani.vi85.23665>

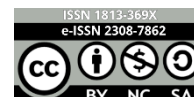
 **Ligia Leonor Muñoz Flores¹**
llemunozflores0511@gmail.com

 **María Alicia González Casco¹**
alicia.gonzalez@unflep.edu.ni

¹ Universidad Nacional Francisco Luis Espinoza Pineda. Dirección Académica. Estelí, Nicaragua

Fecha de Recepción: 01-06-2026

Fecha de Aprobación: 26-08-2026



Para citar en APA: Muñoz Flores, L. L., & González Casco, M. A. (2026). Saberes ancestrales e interculturales en prácticas profesionales de estudiantes de Medicina de la UNFLEP, Estelí. *Wani*, 85, e23665. <https://doi.org/10.5377/wani.vi85.23665>

RESUMEN

Los saberes ancestrales e interculturales son fundamentales en la formación médica para una atención inclusiva en contextos socioculturalmente diversos. El objetivo del estudio, realizado bajo un enfoque cuantitativo y un diseño exploratorio de corte transversal, fue analizar la integración de saberes ancestrales e interculturales en la formación profesional de los estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional Francisco Luis Espinoza Pineda, a partir de las percepciones docentes sobre su conocimiento, incorporación y factores asociados en los procesos de enseñanza. 25 docentes de Medicina conformaron la muestra, seleccionados mediante muestreo intencional. La información fue recopilada mediante encuesta y analizada a través de estadística descriptiva y correlación de Pearson. Los resultados indican un nivel de integración medio-alto (64 %). Las puntuaciones mayores correspondieron a la visión integral cuerpo-naturaleza y la alimentación curativa (media 3.88), mientras que las puntuaciones menores fueron la vinculación práctica con actores comunitarios: parteras (3.29) y sanadores (3.08), identificándose una correlación positiva y estadísticamente significativa entre el conocimiento docente y la integración práctica ($r = 0.632$; $p < 0.001$), sugiriendo que el dominio teórico es el principal factor asociado de la praxis intercultural. A pesar de que factores facilitadores como el respeto a la diversidad alcanzan valoraciones altas (92 %), persisten obstáculos epistemológicos y resistencia al enfoque no biomédico (3.20). Se concluye que, para transitar de una integración teórica a una operativa, es imperativo fortalecer la formación técnica del profesorado y fomentar la inmersión en territorio, garantizando una formación médica con pertinencia social y soberanía sanitaria.

Palabras clave: medicina tradicional, diversidad cultural, conocimientos tradicionales, diálogo intercultural, etnomedicina

ABSTRACT

Ancestral and intercultural knowledge is fundamental to medical training for inclusive care in socioculturally diverse contexts. The objective of this study, which employed a quantitative approach and an exploratory cross-sectional design, was to analyze the integration of ancestral and intercultural knowledge into the professional training of medical students at the Francisco Luis Espinoza Pineda National University, based on faculty perceptions of their knowledge, incorporation, and associated factors in the teaching process. The sample comprised 25 medical faculty members selected through purposive sampling. Data were collected via survey and analyzed using descriptive statistics and Pearson correlation. The results indicate a medium-to-high level of integration (64 %). The highest scores corresponded to the holistic body-nature perspective and healing nutrition (mean 3.88), while the lowest scores were for practical engagement with community actors such as midwives (3.29) and healers (3.08). A positive and statistically significant correlation was identified between teacher knowledge and practical integration ($r = 0.632$; $p < 0.001$), suggesting that theoretical mastery is the main factor associated with intercultural practice. Although facilitating factors, such as respect for diversity, received high ratings (92 %), epistemological obstacles and resistance to the non-biomedical approach persist (3.20). It is concluded that, to move from theoretical to operational integration, it is imperative to strengthen teachers' technical training and promote immersion in the field, guaranteeing medical training with social relevance and health sovereignty.

Keywords: traditional medicine, cultural diversity, traditional knowledge, intercultural dialogue, ethnomedicine

INTRODUCCIÓN

En un escenario global caracterizado por la creciente complejidad de los sistemas sanitarios, la formación de profesionales de la medicina con competencias interculturales constituye un imperativo ético y social. Stamp Lackwood y Paiz Malespín (2024) señalan que esta necesidad trasciende las regiones con presencia histórica de Pueblos Originarios y Afrodescendientes, ya que los profesionales de la salud deben desempeñarse en sociedades cada vez más diversas desde el punto de vista cultural. Bajo esta premisa, la diversidad cultural no solo es una característica del entorno, sino un desafío estructural para las instituciones educativas, las cuales deben egresar profesionales capacitados para brindar una atención integral, pertinente y culturalmente contextualizada. La formación médica intercultural requiere, además, que los futuros profesionales desarrollen conocimientos, actitudes y habilidades para reconocer y responder, a las particularidades culturales de las poblaciones atendidas (Chae et al., 2020; Lee et al., 2025).

La incorporación de saberes ancestrales en la educación médica cobra especial relevancia en territorios donde convergen múltiples cosmovisiones sobre el proceso salud-enfermedad. Al respecto, Véliz-Rojas, Bianchetti-Saavedra y Silva-Fernández (2019) afirman que la formación médica debe ser una respuesta directa a los contextos socioculturales de la población destinataria. No obstante, el desarrollo de competencias interculturales representa un reto pedagógico y curricular para la educación superior. Actualmente, se evidencia la necesidad de incorporar contenidos relacionados con los saberes tradicionales, las prácticas de atención y la salud de los Pueblos Originarios en la formación de profesionales sanitarios (Rashid et al., 2023; Tillott et al., 2025). A pesar de estas dificultades, la integración de la salud intercultural en los planes de estudio es ineludible. Como señala Carrascal- Fuentes (2022), este enfoque permite resignificar la atención

en contextos de diversidad étnica, optimizando la relación médico-paciente y elevando la calidad terapéutica al reconocer la subjetividad cultural del individuo.

En Nicaragua, los modelos de salud intercultural, particularmente en las Regiones Autónomas, revelan una realidad persistente: aun con la gratuidad de los servicios estatales, la población mantiene un vínculo indisoluble con sus saberes ancestrales. Esta dinámica se manifiesta en la vigencia de la medicina ancestral y la participación activa de sus agentes tradicionales dentro de las unidades de salud. Esta articulación entre sistemas sanitarios diversos, busca brindar cuidados desde los propios espacios culturales de las comunidades, validando sus identidades y prácticas curativas. El Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) establece que la atención debe centrarse en las personas, las familias y las comunidades, reconociendo la importancia de la cultura en la prestación de los servicios de salud y la necesidad de responder a las características étnicas y culturales de la población. Asimismo, reconoce que los pueblos originarios, afrodescendientes y mestizos de la costa caribe conservan formas propias de comprender el proceso salud-enfermedad, sustentadas en sus valores culturales, relaciones comunitarias y prácticas tradicionales de atención, donde interactúan diversos actores comunitarios vinculados a la salud (Ministerio de Salud [MINSAL], 2008). Asimismo, el MINSAL reconoce actualmente la adecuación cultural del MOSAFC en las Regiones Autónomas de la Costa Caribe y la importancia de rescatar la medicina natural ancestral dentro del modelo de atención (MINSAL, 2021; MINSAL, 2025).

En este contexto, el desarrollo de competencias interculturales se plantea como respuesta a los desafíos que surgen en los servicios de salud, donde factores como el idioma y los saberes locales, incluidas las prácticas y creencias de los pacientes, suelen percibirse como obstáculos para una atención adecuada. Ante esto, las actitudes del personal sanitario no siempre favorecen la articulación armoniosa entre el conocimiento biomédico y los saberes tradicionales, porque no es parte de su formación.

La integración de saberes ancestrales e interculturales en la formación médica representa un desafío y, a la vez una oportunidad para fortalecer la pertinencia cultural de los procesos educativos en salud, por lo que la presente investigación busca contribuir al diálogo de saberes entre la medicina convencional y la sabiduría ancestral, fortaleciendo la identidad cultural y promoviendo una práctica médica integral que respete la cosmovisión del paciente. A nivel institucional, este estudio pretende incentivar la adecuación curricular mediante la integración de contenidos y estrategias pedagógicas interculturales. En un sentido macrosocial, los resultados aportarán evidencia empírica contextualizada, para el diseño de programas de salud pública en zonas de alta diversidad étnica y cultural. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue analizar la integración de los saberes ancestrales e interculturales en la formación de estudiantes de la carrera de medicina, a partir de las percepciones de los docentes sobre su conocimiento, incorporación y factores asociados en los procesos de enseñanza.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, sustentado en el paradigma positivista, permitiendo la medición objetiva de variables relacionadas con la integración de saberes ancestrales e interculturales en la formación de los estudiantes de la carrera de Medicina. El diseño de la investigación fue de carácter exploratorio, dado que aborda una temática poco estudiada en el contexto de la educación superior nacional. Teniendo en cuenta la amplitud temporal, el estudio

fue de tipo transversal, ya que la recolección de datos se realizó durante el mes de febrero 2026, permitiendo analizar la situación existente en un momento específico, sin efectuar seguimiento longitudinal.

La población objeto de estudio estuvo conformada por un total de 50 docentes de ambos sexos, pertenecientes a la carrera de Medicina. De esta población se seleccionó un subgrupo de 25 participantes mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional. La elección de los participantes respondió a criterios previamente establecidos, priorizando a aquellos docentes que se encontraban activos durante el período de estudio y que, por sus funciones y experiencia, mantenían una vinculación directa con los procesos académicos relacionados con el objeto de análisis. Asimismo, se incluyó a los docentes responsables de las prácticas integrales, dada su participación directa en los procesos de aprendizaje. Como criterio de exclusión se consideró a docentes que, aunque cumplían con los criterios establecidos, no otorgaron su consentimiento para participar en la investigación.

Para la recolección de información se utilizó una encuesta estructurada, conformada por preguntas cerradas y abiertas, organizadas en dimensiones relacionadas con el conocimiento, valoración e integración de los saberes ancestrales e interculturales en los procesos formativos. Los ítems fueron elaborados a partir de la revisión de literatura científica y documentos normativos vinculados a la educación intercultural y la formación médica. Entre los referentes nacionales se consideró el estudio de Stamp Lackood y Paiz Malespín (2025), quienes analizan las concepciones y competencias interculturales en la formación de médicos de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN), destacando la pertinencia de desarrollar competencias interculturales en correspondencia con la diversidad étnica y cultural de los pueblos. Las autoras también identifican la importancia de los saberes locales, la comunicación intercultural, la formación del personal de salud y la articulación entre conocimientos biomédicos y tradicionales para favorecer una atención culturalmente pertinente. Estos aportes fueron considerados para la definición de las dimensiones relacionadas con el conocimiento, valoración e integración de los saberes ancestrales e interculturales, así como para la identificación de factores que pueden facilitar u obstaculizar su incorporación en la formación. De manera complementaria, se consideró la Ley N.º 759. Ley de Medicina Tradicional Ancestral, que reconoce, protege y promueve los conocimientos, prácticas y expresiones de la medicina tradicional ancestral, así como su conexión con el Sistema Nacional de Salud y la formación de recursos humanos (Ley N.º 759, 2011). También se tomó en cuenta la Ley N.º 774, Ley de Medicina Natural, Terapias Complementarias y Productos Naturales, que establece normas para el reconocimiento, la regulación y promoción de la medicina natural y las terapias complementarias en el país. Las variables que se trabajaron fueron: la integración de los saberes ancestrales y los factores que facilitan y obstaculizan dicha integración (Ley N.º 774, 2011).

La validez del instrumento fue determinada mediante juicio de expertos, con la participación de tres especialistas con experiencia en investigación educativa, interculturalidad y formación en ciencias de la salud, quienes evaluaron la pertinencia, claridad y coherencia de los ítems. La confiabilidad del instrumento se estimó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniéndose un valor superior a 0.90, considerado adecuado para garantizar la consistencia interna de las mediciones.

El análisis de los datos se realizó utilizando frecuencias absolutas, porcentaje, medidas de tendencia central y dispersión cuando correspondió. Los resultados fueron organizados en tablas y gráficos para facilitar su interpretación, donde se muestran los resultados del nivel general de conocimiento e incorporación de saberes ancestrales. Fueron evaluados mediante escala Likert de cinco puntos, donde 1 = nunca, 2 = rara vez, 3 = algunas veces, 4 = frecuentemente y 5 = siempre fue medio-alto. Para la interpretación de las puntuaciones medias se establecieron los siguientes rangos: bajo (1.00–2.33), medio (2.34–3.67) y alto (3.68–5.00). Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva y correlación de Pearson utilizando el paquete estadístico SPSS versión 2026.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados mostrados a continuación sistematizan la interacción entre la formación biomédica y los saberes ancestrales durante las prácticas profesionales del estudiantado. El análisis evidencia cómo la integración de la interculturalidad en el acto médico extiende la teoría para cambiar en una competencia clínica esencial. A través del contraste de hallazgos y literatura previa, se discute la importancia de una práctica que reconozca la diversidad cultural como eje elemental para la humanización y eficacia del sistema de salud.

La muestra estuvo conformada por 25 docentes de Medicina. Del total, el 52.0 % correspondió a hombres y el 48 % a mujeres. En cuanto a la edad, predominaron las edades entre 31 y 40 años (42 %), seguidos del grupo de 41 a 50 años (32 %). En lo referente a formación académica, el 30 % tenía el grado de maestría, 30 % tenía una especialidad médica, 16 % eran médicos generales, 12 % poseían doctorados y 12 % licenciaturas.

Tabla 1

Caracterización de los docentes encuestados

Variable	Categoría	Nº	%
Sexo	Masculino	13	52
	Femenino	12	48
Edad	20 a 30	3	12
	31 a 40	10	40
	41 a 50	8	32
	51 a más	4	16
	Maestría	7	28
Formación	Especialista	7	28
	Médico general	4	16
	Doctorado	3	12
	Licenciatura	4	16

La Tabla 1 detalla la distribución por sexo de los participantes del estudio, mostrando una paridad relativa (52.0 % hombres y 48.0 % mujeres), estos resultados coinciden con lo reportado por Sánchez Dagún et al. (2019), quienes señalan una creciente incorporación de la mujer en la docencia médica universitaria, equilibrando espacios históricamente masculinizados. No obstante, la ligera predominancia masculina aún refleja patrones observados en estudios regionales donde los cargos de formación clínica mantienen una brecha persistente.

En relación con la edad, la influencia de docentes en el rango de 31 a 40 años (40 %) sugiere una planta académica joven, pero con experiencia clínica afianzada. Este hallazgo difiere de lo expuesto por Beltrán-Véliz et al. (2023), quienes en su estudio sobre facultades latinoamericanas identificaron una mayor agrupación de docentes en edades superiores a los 50 años. Esta juventud relativa en la muestra analizada podría representar una ventaja competitiva en términos de adaptabilidad tecnológica y apertura hacia metodologías de enseñanza innovadoras, como la integración de saberes interculturales.

El alto nivel de profesionalización hallado (68 % con posgrado) coincide con lo planteado por Acevedo et al. (2024), quienes afirman que la formación académica de los docentes constituye un componente relevante en los procesos de calidad de la educación superior. No obstante, el bajo porcentaje de doctores (12 %) evidencia un desafío importante para la consolidación de la investigación científica. Respecto a esto, De Bortoli, et al. (2024) sostienen que la limitada presencia de docentes con formación doctoral en las facultades de salud restringe la producción de conocimiento contextualizado y dificulta el abordaje científico de problemáticas complejas, entre ellas la interculturalidad y la diversidad sociocultural en los procesos de atención y formación médica.

En la Tabla 2 se muestran los resultados del nivel general de conocimiento e incorporación de saberes ancestrales. El promedio más alto se observó en el enfoque de salud desde una visión integral cuerpo-naturaleza y en la alimentación tradicional con fines curativos, ambos con media 3.88 de 5 que era el máximo valor. Otros componentes como la herbolaria y medicina natural (3.62/5) también presentaron niveles relevantes, mientras que las prácticas vinculadas a actores comunitarios como consulta a sanadores (3.08/5) y la partería (3.29/5) mostraron menor presencia. Estos hallazgos sugieren una mayor familiarización de los docentes con conocimientos ancestrales relacionados con prácticas de salud y alimentación, en comparación con aquellos a formas tradicionales de atención comunitaria.

Tabla 2
Saberes ancestrales incorporados en la formación médica

Indicador	Media
Visión integral cuerpo–naturaleza	3.88
Alimentación tradicional con fines curativos	3.88
Herbolaria y medicina natural	3.62
Recursos didácticos interculturales	3.58
Rituales espirituales vinculados a salud	3.45
Fuentes locales o comunitarias	3.38
Partería tradicional	3.29
Consulta a sanadores tradicionales	3.08

Los resultados evidencian una menor incorporación de prácticas vinculadas con actores comunitarios tradicionales como la partería (3.29) y la consulta a sanadores (M=3.08), en comparación con otros saberes ancestrales evaluados. Esta diferencia fue identificada a partir de la comparación descriptiva de las medias obtenidas. Aunque hubo contenidos relacionados con la visión integral de la salud, la alimentación tradicional y la herbolaria mostraron niveles más altos de incorporación. Por su parte, la interacción con portadores comunitarios de estos saberes presentó una menor valoración.

Estos resultados son relevantes en el contexto nicaragüense, donde la formación en salud intercultural promueve el reconocimiento y la articulación de los conocimientos tradicionales con la práctica profesional. Investigaciones realizadas en la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN) por Stamp Lackwood y Paiz Malespín (2024), señalan que las competencias interculturales en salud requieren no solo el conocimiento de las prácticas culturales, sino también el desarrollo de habilidades construidas en espacios de interacción directa con las comunidades y sus sistemas tradicionales de salud. Asimismo, se destaca la necesidad de profundizar en los haceres del médico intercultural desde la práctica clínica y el contacto con los pacientes y actores comunitarios.

En relación con lo anterior, Roldán-Tabares et al. (2021) indican que esta desarticulación es común en la educación médica contemporánea, donde se prioriza la dimensión conceptual del saber ancestral sobre la interacción social y humana con sus portadores originales. Por tanto, los resultados indican oportunidades para fortalecer estrategias formativas que favorezcan el diálogo de saberes y la vinculación con parteras, sanadores tradicionales y otros referentes comunitarios, contribuyendo al desarrollo de competencias interculturales más integrales en la formación médica.

La Tabla 3, muestra las formas de integración didáctica de los saberes ancestrales en la formación médica. Los resultados evidencian que las estrategias con mayor valoración fueron el análisis de casos (3.68) y los casos clínicos contextualizados (3.64), seguidas por las investigaciones estudiantiles (3.38). A diferencia de la participación de sabios, sanadores y parteras en actividades formativas obtuvo una valoración más baja (2.74). Esto resulta relevante ya que los saberes ancestrales constituyen conocimientos adquiridos históricamente y transmitidos de generación en generación mediante la experiencia, la práctica y la interacción social.

Tabla 3

Formas de integración didáctica

Forma de integración	Media
Análisis de casos sobre prácticas ancestrales	3.68
Casos clínicos contextualizados	3.64
Debates sobre cultura y salud	3.60
Investigaciones estudiantiles	3.38
Medicina tradicional en prácticas supervisadas	3.06
Actividades en territorio comunitario	3.06
Invitación de sabios/parteras	2.74

Los resultados evidencian una mayor valoración de estrategias didácticas desarrolladas en el contexto académico, como el análisis de casos sobre prácticas ancestrales (M=3.68) y los casos clínicos contextualizados (M=3.64), en comparación con aquellos que implican experiencias directas en el territorio, como la utilización de la medicina tradicional en prácticas supervisadas (M=3.06) o la participación de sabios, sanadores y parteras en los procesos formativos (M=2.74). Este hallazgo coincide con lo señalado por Beltrán-Véliz et al. (2023), quienes identifican que la formación médica continúa enfrenta desafíos para desarrollar competencias interculturales mediante experiencias contextualizadas y vinculadas a los entornos comunitarios.

De igual manera, Saldaña Fernández (2023) sostiene que la medicina tradicional suele abordarse desde perspectivas centradas en su comprensión conceptual, mientras que las oportunidades para su integración práctica en los procesos de atención y formación profesional son más limitadas. En este sentido, la menor valoración observada en las actividades que promueven el contacto directo

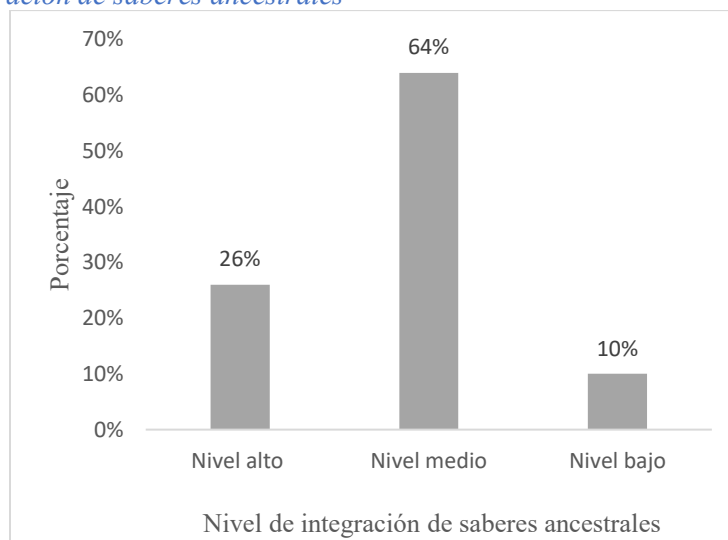
con actores comunitarios podría reflejar una incorporación aún incipiente de estrategias de aprendizaje situado dentro de la formación médica.

Desde la perspectiva de la interculturalidad en salud, el aprendizaje situado constituye un elemento fundamental para el desarrollo de competencias que permitan comprender las prácticas, las creencias y sistemas de conocimientos presentes en las comunidades. Por ello, la limitada incorporación de experiencias formativas en territorio y de espacios de diálogos con portadores de saberes ancestrales coinciden con los planteamientos de Menéndez (2023), quien advierte que la articulación entre la biomedicina y la medicina tradicional requiere un proceso de interacción y reconocimiento mutuo que trascienda el ámbito exclusivamente académico. En consecuencia, los resultados muestran la necesidad de fortalecer prácticas comunitarias supervisadas y estrategias de vinculación territorial que favorezcan una integración más contextualizada de los saberes ancestrales en la formación médica.

La Figura 1 revela que la mayoría del personal docente (64.0 %) se sitúa en un nivel medio de integración de saberes ancestrales, lo que indica un reconocimiento de la importancia de la interculturalidad, aunque su aplicación no es aún sistemática ni profunda. Por otro lado, un 26.0 % de los docentes muestra un nivel alto de compromiso y ejecución de estos conocimientos en su práctica pedagógica, mientras que solo una minoría (10.0 %) manifiesta una integración baja, lo que indica que la resistencia hacia la inclusión de la medicina tradicional en la formación académica es reducida.

Figura 1

Nivel global de integración de saberes ancestrales



El predominio de un nivel de integración medio indica que la incorporación de los saberes ancestrales en la formación médica se encuentra en un proceso de consolidación. Aunque los resultados evidencian una disposición positiva hacia la inclusión de estos conocimientos, únicamente el 26 % de los docentes alcanzó un nivel alto de integración. Esto coincide con investigaciones recientes sobre interculturalidad en la formación de profesionales de la salud, las cuales señalan que, si bien los currículos suelen incorporar principios relacionados con la diversidad cultural, su implementación práctica continúa siendo limitada y, en muchos casos, depende de iniciativas particulares más que de estrategias institucionales sistemáticas (Valdéz Fernández y Jácome Velasco 2025).

Asimismo, el porcentaje reducido de docentes con niveles inferiores de incorporación (10 %) puede interpretarse como una oportunidad para fortalecer acciones curriculares orientadas al diálogo de saberes y la formación intercultural. En este sentido Valdéz Fernández y Jácome Velasco (2025) destacan la necesidad de integrar explícitamente las competencias interculturales en los planes de estudio y promover experiencias formativas que permitan el reconocimiento y respeto de la diversidad cultural en los contextos de atención en salud.

Tabla 4

Factores que facilitan la integración

Dimensión	Media
Respeto a la diversidad cultural	4.34
Diseño de actividades integradoras	4.22
Actitud de apertura y respeto cultural	4.20
Conocimiento en interculturalidad	4.20
Prácticas con enfoque intercultural	3.98
Programas con enfoque intercultural	3.96

La alta valoración de una actitud de respeto a la diversidad cultural ($M=4.34$), del diseño de actividades integradoras ($M=4.22$) y la actitud de apertura y respeto ($M=4.20$) evidencia una percepción favorable de los docentes hacia la incorporación de enfoques interculturales en los procesos de aprendizaje. Esto resulta relevante, ya que la interculturalidad implica el reconocimiento de la diversidad de saberes, experiencias y formas de comprender la realidad, promoviendo relaciones educativas más inclusivas y contextualizadas (Walsh, 2013). Asimismo, el desarrollo de competencias interculturales requiere actitudes de respeto, sensibilidad y apertura hacia otras culturas, elementos fundamentales para la convivencia y el aprendizaje en contextos diversos (Arco et al., 2024).

Por otra parte, la valoración favorable del diseño de actividades integradoras indica que los docentes reconocen el potencial pedagógico de estrategias orientadas al diálogo de saberes y a la contextualización cultural de los procesos de enseñanza. Sin embargo, la implementación de programas con enfoque intercultural presentó una media ligeramente inferior ($M=3.96$). Aunque esta valoración sigue siendo positiva, podría indicar la necesidad de fortalecer los mecanismos curriculares y organizativos que favorezcan una integración más sistemática de los saberes ancestrales e interculturales.

La Tabla 5 muestra los obstáculos para la integración de saberes ancestrales, que se sitúan en un nivel de intensidad medio, siendo el factor más crítico la resistencia a enfoques no biomédicos (3.20), seguido estrechamente por la limitada formación (3.18) y el conocimiento insuficiente (3.16) sobre prácticas ancestrales. Estos hallazgos sugieren que el principal desafío es de carácter técnico-epistemológico; es decir, los docentes enfrentan dificultades para acordar la lógica científica tradicional con otras formas de conocimiento. Por el contrario, los prejuicios culturales (2.92) obtuvieron la valoración más baja, lo que indica que el problema no es necesariamente el rechazo al otro, sino la falta de herramientas pedagógicas y teóricas para integrar dichos saberes de forma segura.

Tabla 5
Obstáculos para la integración

Obstáculo	Media
Resistencia a enfoques no biomédicos	3.20
Limitada formación docente	3.18
Limitado conocimiento docente	3.16
Barrera epistemológica	3.14
Falta de estudios de caso locales	3.14
Escasa vinculación comunitaria	3.04
Prejuicios culturales	2.92

Los resultados muestran que la resistencia hacia enfoques no biomédicos obtuvo una valoración media de 3.20, mientras que las barreras epistemológicas alcanzaron una media de 3.14. Estos datos muestran la persistencia de desafíos para la incorporación de perspectivas de salud diferentes a las tradicionalmente abordadas en la formación médica. La literatura especializada ha señalado que el predominio histórico del modelo biomédico puede dificultar el reconocimiento y la articulación de otros conocimientos en salud (Menéndez, 2023; Menéndez, 2024). Asimismo, las barreras identificadas coinciden con estudios que reportan dificultades para el fortalecimiento de competencias interculturales en la formación de profesionales de la salud, especialmente cuando las experiencias de aprendizaje presentan una limitada vinculación con los contextos comunitarios (Beltrán-Véliz et al., 2023).

Por otra parte, la poca disponibilidad de estudios de caso locales ($M = 3.14$) pone de manifiesto la necesidad de fortalecer recursos pedagógicos contextualizados. Al respecto, se enfatiza que la formación en competencias interculturales requiere una intervención educativa integral basada en experiencias situadas y estrategias formativas pertinentes al contexto sociocultural, lo cual resulta clave para responder a la realidad de la atención primaria (Véliz-Rojas et al., 2019).

Los resultados de la Tabla 6, muestran una correlación positiva considerable y estadísticamente significativa entre el conocimiento de saberes ancestrales y la integración práctica ($r = 0.632$, $p < 0.001$), lo que indica que, a mayor dominio teórico de estos saberes, mayor es su aplicación en el ejercicio docente. De igual forma, las capacidades interculturales ($r = 0.319$, $p = 0.024$) presentan una correspondencia significativa, aunque de intensidad moderada. Es notable que, si bien los factores facilitadores y los obstáculos muestran cierta relación con la integración, sus valores de p (0.078 y 0.217 respectivamente) no alcanzaron el umbral de significancia estadística, sugiriendo que el factor determinante para la praxis no es la ausencia de barreras, sino la preparación técnica y cognitiva del docente en el tema.

Tabla 6
Correlaciones entre dimensiones

Relación analizada	r	p
Conocimiento de saberes ancestrales – Integración práctica	0.632	<0.001
Capacidades interculturales – Integración práctica	0.319	0.024
Factores facilitadores – Integración práctica	0.251	0.078
Obstáculos – Integración práctica	0.178	0.217

La fuerte asociación entre conocimiento e integración ($r = 0.632$) ratifica la tesis de Beltrán-Véliz et al. (2023), quienes mantienen que la competencia cognitiva es el precursor crítico de la acción pedagógica en contextos de diversidad cultural. Este hallazgo propone que la integración de la medicina tradicional no ocurre de forma espontánea por mera actitud, sino que requiere una base conceptual sólida. Por otro lado, la falta de significancia en la relación entre obstáculos e integración práctica coincide con lo reportado por Sánchez-Pimienta (2023), quien cuestiona que un docente con alta formación intercultural suele desarrollar estrategias de resiliencia pedagógica que le permiten realizar enfoques diversos a pesar de las limitaciones del entorno biomédico. Por tanto, fortalecer el capital intelectual del docente sobre saberes ancestrales parece ser la ruta más efectiva para transformar la formación médica.

La buena valoración de la interculturalidad y de la articulación entre el modelo biomédico y los saberes ancestrales reflejan un reconocimiento por parte de los docentes de la importancia de incorporar perspectivas culturales étnicas diversas, donde la comprensión de diferentes concepciones de salud y enfermedad constituyen un elemento fundamental para el ejercicio profesional. En este sentido, Carrascal -Fuentes (2022) plantea que la salud intercultural contribuye a resignificar los procesos de atención al facilitar una relación más contextualizada entre el personal de salud y los pacientes, fortaleciendo la calidad de la atención y la comprensión integral de proceso salud-enfermedad.

Sin embargo, la menor valoración observada en las estrategias que promueven la interacción directa con sabios, parteras y otros actores comunitarios sugiere la necesidad de ampliar los espacios formativos orientados al intercambio de conocimientos y experiencias en contextos reales.

La dimensión mejor valorada fue la relacionada con los factores facilitadores en la que destaca el respeto a la diversidad cultural, lo que indica una disposición favorable de los docentes hacia la inclusión de enfoques interculturales. Sin embargo, los obstáculos identificados muestran que persisten barreras formativas, metodológicas y epistemológicas que limitan una incorporación más sistemática en los programas de las asignaturas y en las prácticas profesionalizantes, al presentar resistencia a emplear enfoques no biomédicos por la limitada formación docente en competencias interculturales y saberes ancestrales.

En términos estadísticos, la asociación positiva entre conocimiento e integración sugiere fortalecer la formación docente en interculturalidad puede contribuir directamente a una mayor incorporación de saberes ancestrales en la enseñanza médica. Además, es probable que intervengan variables adicionales, tales como las políticas institucionales, la formación pedagógica, la apertura curricular o las actitudes del profesorado hacia la interculturalidad, tal como señalan investigaciones recientes en educación en salud (Rodríguez et al., 2024).

Por consiguiente, la relación observada sugiere que el conocimiento docente sobre saberes ancestrales actúa como un factor asociado relevante para su integración en la formación médica. Este hallazgo es consistente con estudios recientes que destacan que la formación intercultural y el dominio conceptual de estos saberes facilitan su incorporación en el currículo y en las prácticas pedagógicas (Ochoa-Carrión et al., 2025; López Garzón, 2024).

Desde esta perspectiva, es posible inferir que los docentes con mayor preparación en enfoques interculturales podrían disponer de más herramientas para articular conocimientos biomédicos con saberes tradicionales, promoviendo procesos formativos más contextualizados y culturalmente más pertinentes. Asimismo, la significancia estadística de la relación ($p < 0.05$) aporta evidencia sobre la existencia de una asociación estadísticamente significativa en el contexto del estudio.

CONCLUSIONES

Los resultados evidencian que la integración de saberes ancestrales e interculturales en la carrera de Medicina se encuentra en un nivel predominantemente medio. Aunque los docentes reconocen la importancia de la interculturalidad y valoran positivamente la articulación entre el modelo biomédico y los saberes ancestrales, la integración práctica aún presenta limitaciones, especialmente en la participación directa de sabios, parteras y actores comunitarios. Esto indica que, aunque existe apertura hacia la interculturalidad, su implementación aún se mantiene en un nivel académico formal, con limitada inmersión en contextos reales.

Asimismo, el perfil docente en la carrera de Medicina presenta una madurez profesional y académica óptima para la innovación, caracterizada por una alta especialización y una distribución generacional joven que favorece un comienzo hacia nuevos paradigmas. El nivel de integración de saberes ancestrales se sitúa en un rango medio-alto, destacando una sólida aceptación conceptual de la salud integral y la alimentación tradicional; sin embargo, persiste un enfoque predominantemente teórico que prioriza el aula sobre el contacto directo con actores comunitarios y prácticas en territorio.

Se confirma que el factor preciso para la inclusión de la interculturalidad en el acto educativo es el nivel de conocimiento técnico de los docentes sobre los saberes ancestrales, existiendo una correlación directa y significativa entre el dominio del tema y su implementación práctica. Aunque la actitud de respeto y apertura hacia la diversidad cultural es sobresaliente en la mayoría de los encuestados, esta disposición ética no se traduce automáticamente en praxis si no está respaldada por una formación sólida que permita superar la resistencia al modelo biomédico tradicional y las barreras epistemológicas vigentes.

A partir de estos hallazgos, se considera pertinente desarrollar futuros estudios que profundicen en la integración de los saberes ancestrales e interculturales en la formación médica, ampliando la participación de estudiantes, profesionales de la salud, sabios, parteras y otros agentes comunitarios.

Como líneas futuras de investigación, se propone abordar la articulación entre los conocimientos biomédicos y los sistemas de medicina tradicional ancestral, así como analizar las experiencias de los estudiantes durante sus prácticas comunitarias en contextos culturalmente diversos. Estos estudios permitirían generar mayor evidencia para fortalecer la incorporación de la interculturalidad en los currículos de Medicina y contribuir al diseño de estrategias educativas y sanitarias pertinentes a las características socioculturales de las comunidades.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios por la oportunidad de poder realizar este sueño, a mis hijos por ser ese motor para mi desarrollo personal y profesional, a mi Tutora de Tesis por su apoyo incondicional en esta aventura, a los docentes de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional Francisco Luis Espinoza Pineda por facilitar la información requerida y a nuestras Autoridades Universitarias por motivar la realización de este trabajo.

REFERENCIAS

- Acevedo Calamet, F., Menese Camargo, P., & da Silva Muñoz, M. A. (2024). La noción calidad de la educación superior y sus principales componentes. Un estado del arte. *Revista Educación Superior y Sociedad*, 36(1), 22–49. <https://doi.org/10.54674/ess.v36i1.867>
- Arcos López, N., Negrín Nieto, G., y Morales García, B. (Coords). (2024). *Educación superior e interculturalidad: prácticas, retos y experiencias*. Comunicación Científica. <https://doi.org/10.52501/cc.189>
- Beltrán-Véliz, J., Tereucán Angulo, J., Alarcón, A. M., Gálvez-Nieto, J. L., y Vera-Gajardo, N. (2023). Competencias interculturales desde un enfoque ético intercultural en la formación inicial de profesionales en ciencias de la salud. Un desafío ineludible. *Acta Bioethica*, 29(2), 177–188. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2023000200177>
- Carrascal-Fuentes, J. A. (2022). Interculturality in health: Resignificando los horizontes en la educación médica. *Revista Internacional de Cultura Visual*, 11(1), 1–8. <https://doi.org/10.37467/revvisual.v9.3630>
- Chae, D., Kim, J., Kim, S., Lee, J., & Park, S. (2020). Effectiveness of cultural competence educational interventions on health professionals and patient outcomes: A systematic review. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(3), Article e12326. <https://doi.org/10.1111/jjns.12326>
- De Bortoli Cassiani, S. H., Moreno Dias, B., Arena Ventura, C. A., Gazotti, J., Partezani Rodrigues, R. A., do Carmo Cruz Robazzi, M. L., Gir, E. y Fredemir Palha, P. (2024). Fortalecimiento de programas de doctorado en enfermería con base en las necesidades de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48, e119. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.119>
- Lee, Y., Sung, S., & Fan, X. (2025). Cultural competency education for healthcare professionals: An umbrella review. *BMC Medical Education*, 25, 1445. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-08008-7>
- Ley N.º 774. Ley de Medicina Natural, Terapias Complementarias y Productos Naturales. (17 de enero de 2011). Asamblea Nacional. Gaceta, Diario Oficial N.º 10 <http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/9e314815a08d4a6206257265005d21f9/6a4bcf53dc763d0906258ac1006e543a?OpenDocument>
- Ley N.º 759. Ley de Medicina Tradicional Ancestral. (4 de julio de 2011). Asamblea Nacional. Gaceta, Diario Oficial N.º 123. <http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/b92aaea87dac762406257265005d21f7/ae23c6a1d70de10062579100052a88f?OpenDocument>
- López Garzón, N. A. (2024). Interculturalidad en la educación médica en la Universidad del Cauca. *Acta Médica Colombiana*, 49(4). <https://doi.org/10.36104/amc.2024.3302>
- Menéndez, E. L. (2023). Specialized omissions: biomedicine as an intrinsic part of the life of indigenous peoples. *Collective Health*, 19, e4539. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4539>

- Menéndez, E. L. (2024b). Menéndez, E. L. (2024). Traditional medicine: Some proposals for its study. *Cuicuilco Revista de Ciencias Antropológicas*, 30(88), 169–192. <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/cuicuilco/article/view/20233>
- Ministerio de Salud (MINSA) (2008). *Marco conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC)* (2.^a ed.). Ministerio de Salud de Nicaragua.
- Ministerio de Salud (MINSA) (2021). Plan institucional orientado a resultados 2022. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional.
- Ministerio de Salud (MINSA) (2025, 12 de junio). Congreso y Feria de Medicina Natural y Terapias Complementarias. <https://www.minsa.gob.ni/centro-de-medios/noticias/congreso-y-feria-de-medicina-natural-y-terapias-complementarias>
- Ochoa Carrión, V. C., Pérez Latorre, F. G., Aguiar Novillo, S. N., y Ríos Vivanco, S. B. (2025). Educación superior intercultural y saberes ancestrales: Ejes para la gestión del conocimiento. *Aula Virtual*, 6(13). <https://doi.org/10.5281/zenodo.17847134>
- Rashid, M., Nguyen, J., Foulds, J. L., Dennett, L., Cardinal, N., & Forgie, S. E. (2023). A Scoping Review of Indigenous Health Curricular Content in Graduate Medical Education. *Journal of Graduate Medical Education*, 15(1), 24–36. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-22-00180.1>
- Rodríguez, J., Guzmán, P., Molina-Flores, B., & Cediél Becerra, N. (2024). Recomendación 2. Salud intercultural: inclusión de los conocimientos, prácticas y saberes ancestrales de los pueblos indígenas y comunidades locales (PiCI). *Acta Biológica Colombiana*, 29(3), 211–216. <http://www.scielo.org.co/pdf/abc/v29n3/0120-548X-abc-29-03-211-216.pdf>
- Roldán-Tabares, M. D., Hernández-Martínez, A., Cuartas-Agudelo, Y. S., Herrera-Almanza, L., & Martínez-Sánchez, L. M. (2021). Etnoeducación: Educación para la salud desde la diversidad cultural. *MedUNAB*, 24(1), 80–91. <https://doi.org/10.29375/01237047.3899>
- Saldaña Fernández, M. C. (2023, 12 de septiembre). Salud e interculturalidad: medicina tradicional y medicina biomédica. *ARIES: Anuario de Antropología Iberoamericana*. <https://aries.aibr.org/articulo/2023/27/4889/salud-e-interculturalidad-medicina-tradicional-y-medicina-biomedica>
- Sánchez Dagún, M. L., Sánchez de Sica, E., y Hernando, L. M. (2019). Presencia femenina en la docencia de las carreras de odontología y medicina - Universidad Nacional de Córdoba. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 63(2), 43-49. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/26815>
- Sánchez-Pimienta, C. E. (2023). Sobre el cuestionamiento de los supuestos coloniales en la promoción de la salud. *Global Health Promotion*, 30(1). <https://doi.org/10.1177/17579759231156540>
- Stamp Lackwood, L. M., & Paiz Malespín, G. (2024). Concepciones y competencias interculturales en la formación de médicos formados por la universidad URACCAN. *Ciencia e Interculturalidad*, 34(2), 191–204. <https://doi.org/10.5377/rci.v34i2.20568>
- Tillott, V., Barlo, S., Donnelly, M., Mozolic-Staunton, B., & Sebastian, T. (2025). Cultural safety and First Nations health content within tertiary education for undergraduate healthcare students: A scoping review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 72(2), 1–24. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.70011>
- Valdéz Fernández, A.L. y Jácome Velasco, S.J. (2025). Interculturalidad en salud: entre la propuesta del programa y lo que reconocen los estudiantes. *Cultura de los Cuidados*, 29(71), 173-189. <https://doi.org/10.14198/cuid.28500>

- Véliz-Rojas, L., Bianchetti-Saavedra, A. B., y Silva, M. (2019). Competencias interculturales en la atención primaria de salud: Un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(1), e00120818. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120818>
- Walsh, C. (Ed.). (2013). *Pedagogías decoloniales: Prácticas insurgentes de resistir, (re)existir y (re)vivir*. Editorial Abya-Yala. <https://agoradeeducacion.com/doc/wp-content/uploads/2017/09/Walsh-2013-Pedagog%C3%ADas-Decoloniales.-Pr%C3%A1cticas.pdf>