



Cultural competence, cultural humility and cultural safety in medical care: from intercultural dialogue to health equity

Competencia, humildad y seguridad cultural en la atención médica: del diálogo intercultural a la equidad en salud

Maikro Osvaldo Chávez Moya¹  

Leodanis Hernández Cabrera¹ 

Idel Veliz Lugo² 

Raulmel Rodríguez Sánchez² 

Arlett Caridad Bravo Delgado² 

Melissa Alonso Pérez² 

Mariam Alejandra González González¹

Andy Alonso Pazos¹

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Facultad de Medicina. Santa Clara, Cuba.

² Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milán Castro", Servicio de Cirugía General. Santa Clara, Cuba.

Recibido: 20-07-2026 | Revisado: 24-09-2026 | Aceptado: 27-10-2026 | Publicado: 28-10-2026

Autor de correspondencia: Maikro Osvaldo Chávez Moya 

ABSTRACT

Introduction: healthcare is delivered in diverse societies, where language and belief differences generate communication barriers and inequities. Cultural competence, humility, and safety are proposed as responses. Objective: to analyze the conceptual foundations, educational approaches, evidence on outcomes, and practical applications of cultural competence, humility, and safety, addressing language barriers, Indigenous peoples, migrants, and traditional medicine. Development: cultural competence is widely taught in medical curricula, yet its evaluation relies on self-reported measures, with scarce evidence of improved patient health outcomes. A shift is needed toward self-reflection, patient-defined safety, and structural determinants. Professional interpreters enhance communication, Indigenous-led governance is central to safe hospitals, and traditional medicine integration aligns with the WHO strategy. Conclusions: a culturally responsive medical practice requires combining individual reflection, longitudinal patient-centered training, language access, and institutional changes that share power with communities, grounded in an equity-based intercultural approach.

Keywords: Cultural Competency; Health Equity; Cultural Diversity; Medicine, Traditional; Communication Barriers.

RESUMEN

Introducción: la atención de salud se brinda en sociedades diversas, donde las diferencias culturales, de lengua y de expectativas generan barreras de comunicación y desigualdades. La competencia, la humildad y la seguridad cultural se proponen como respuestas. Objetivo: analizar los fundamentos conceptuales, enfoques formativos, evidencia sobre desenlaces y aplicaciones prácticas de la competencia, humildad y seguridad cultural, atendiendo a barreras idiomáticas, pueblos indígenas, migrantes y medicina tradicional. Desarrollo: la competencia cultural se incorpora en la formación médica, pero su evaluación se basa en medidas autoinformadas y es escasa la evidencia de mejoras en la salud de los pacientes. Se requiere transitar hacia la autorreflexión, la seguridad definida por el paciente y la atención a determinantes estructurales. Los intérpretes profesionales mejoran la comunicación, la gobernanza indígena es clave para hospitales seguros y la integración de la medicina tradicional se alinea con la estrategia de la OMS. Conclusiones: una práctica médica culturalmente sensible exige combinar reflexión individual, formación longitudinal centrada en pacientes, acceso lingüístico y cambios institucionales que compartan el poder con las comunidades, bajo un enfoque de equidad e interculturalidad.

Palabras clave: Competencia Cultural; Equidad en Salud; Diversidad Cultural; Medicina Tradicional; Barreras de Comunicación.

INTRODUCCIÓN

La atención médica contemporánea se desarrolla en sociedades cada vez más diversas desde el punto de vista cultural, lingüístico y étnico, como resultado de las migraciones, el desplazamiento forzado y la persistencia de pueblos indígenas con sistemas propios de comprender la salud y la enfermedad. Cuando las creencias, la lengua y las expectativas del paciente difieren de las del equipo de salud, pueden aparecer barreras de comunicación, desconfianza y desigualdades en el acceso y la calidad de la atención.(1,2,3)

Durante décadas, la respuesta predominante fue la «competencia cultural», entendida como el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que favorecen la comunicación transcultural en el contexto médico; su enseñanza se ha extendido a las escuelas de medicina y a otras profesiones de la salud.(4,5) Sin embargo, el concepto ha sido objeto de críticas: se ha señalado que puede quedarse en el plano de la información sobre «otras culturas» y que resulta insuficiente cuando no se vincula con el racismo sistémico que produce las disparidades en salud.(5,6)

Frente a estas limitaciones han cobrado fuerza otros marcos. La humildad cultural enfatiza la autorreflexión continua y el reconocimiento del propio sesgo por parte del profesional;(7) la seguridad cultural, desarrollada sobre todo en el ámbito de la salud de los pueblos indígenas, desplaza el foco hacia la experiencia de quienes reciben la atención y hacia el poder institucional;(8) y la competencia estructural orienta la mirada hacia los determinantes sociales y políticos que condicionan la salud.(5)

En América Latina, estas discusiones se articulan con la noción de interculturalidad en salud, que reclama el diálogo entre la medicina occidental y los saberes y terapéuticas tradicionales de los pueblos originarios.(9,10) La Organización Panamericana de la Salud subraya que los más de 70 millones de personas indígenas de las Américas, alrededor del 7 % de la población regional, enfrentan enormes desigualdades en salud y que se requiere incorporar un enfoque intercultural en los sistemas sanitarios.(11) En Cuba, el uso de la medicina natural y tradicional en la atención primaria constituye otro punto de encuentro entre sistemas de saberes, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha renovado su marco global para la medicina tradicional, complementaria e integrativa.(12,13)

El objetivo de esta revisión es analizar, desde una perspectiva médica, los fundamentos conceptuales, los enfoques formativos, la evidencia sobre desenlaces y las aplicaciones prácticas de la competencia, la humildad y la seguridad cultural, prestando atención a las barreras idiomáticas, la salud de los pueblos indígenas, la atención a migrantes y refugiados y la integración de la medicina tradicional.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de tipo descriptiva y narrativa con el propósito de caracterizar los enfoques de competencia, humildad y seguridad cultural en la atención médica, la evidencia sobre su efecto en la formación y en los desenlaces de los pacientes, y su relación con la interculturalidad en salud en América Latina.

La búsqueda de información se llevó a cabo en octubre de 2026 en las bases de datos académicas PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science y SciELO, complementadas con Redalyc, Google Scholar y los repositorios institucionales de la OMS y la OPS para documentos normativos. Se estructuraron ecuaciones de búsqueda adaptadas a cada base de datos, empleando descriptores en ciencias de la salud (DeCS/MeSH) y términos en lenguaje libre, combinados mediante los operadores booleanos AND y OR:

- Ecuación en inglés: ("Cultural Competency" OR "Cultural Humility" OR "Cultural Safety" OR "Structural Competency") AND ("Delivery of Health Care" OR "Medical Education" OR "Health Equity") AND ("Language Barriers" OR "Indigenous Peoples" OR "Refugees" OR "Medicine, Traditional")
- Ecuación en español: ("Competencia Cultural" OR "Humildad Cultural" OR "Seguridad Cultural" OR "Interculturalidad") AND ("Atención de Salud" OR "Educación Médica" OR "Equidad en Salud") AND ("Barreras de Comunicación" OR "Pueblos Indígenas" OR "Refugiados" OR "Medicina Tradicional")

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Artículos originales, revisiones sistemáticas, revisiones de alcance, metaanálisis y revi-

siones narrativas publicados en revistas revisadas por pares, así como documentos normativos de la OMS y la OPS.

- Trabajos centrados explícitamente en la competencia, humildad o seguridad cultural, la interculturalidad en salud, las barreras idiomáticas, la atención a pueblos indígenas, migrantes y refugiados, o la integración de la medicina tradicional en los servicios de salud.
- Artículos en idioma inglés o español.

Criterios de exclusión:

- Editoriales, cartas al editor, resúmenes de congresos o notas breves sin metodología o datos explícitos.
- Estudios de enfoque exclusivamente teórico sin aplicabilidad directa a la práctica médica, la formación o la gestión de los servicios de salud.
- Publicaciones duplicadas en más de una base de datos.

Proceso de selección

Tras la eliminación de duplicados, los registros se cribaron por título y resumen y los potencialmente elegibles se leyeron a texto completo. La selección final privilegió las revisiones sistemáticas y de alcance y los estudios de mayor relevancia para el contexto latinoamericano y cubano, y se detuvo cuando los nuevos documentos dejaron de aportar ejes temáticos adicionales.

Procesamiento de la información y limitaciones

El análisis se realizó mediante síntesis cualitativa narrativa, organizando el desarrollo en ejes temáticos (fundamentos conceptuales, interculturalidad crítica, formación, desenlaces en pacientes, barreras idiomáticas, pueblos indígenas, migrantes, medicina tradicional e implicaciones para la práctica). No se realizó evaluación formal del riesgo de sesgo ni metaanálisis, dado el diseño narrativo. Como limitaciones, la selección de los estudios depende del criterio de los revisores; gran parte de la evidencia procede de Estados Unidos, Australia y Reino Unido, lo que limita su transferibilidad a otros contextos; y la literatura en español sobre el tema es menos abundante y más descriptiva.

DESARROLLO

Del concepto de competencia cultural a la humildad y la seguridad cultural

En el ámbito médico, la competencia cultural suele definirse como la educación en conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a la comunicación transcultural.(4) Surgió al calor de los movimientos sociales de las décadas de 1960 y 1970 y hoy se enseña mediante formatos estructurales muy diversos.(4) Una síntesis meta-etnográfica de marcos y modelos en la educación de profesiones de la salud identificó tres grandes temas —competencias, roles e identidades, y competencia estructural— y propuso el modelo ACT, que articula tres dominios: activar la conciencia, conectar las relaciones y transformar hacia un verdadero cuidado cultural.(5)

La humildad cultural surge como respuesta a las preocupaciones de acceso y equidad de las poblaciones culturalmente diversas. Una revisión de alcance sobre la literatura conceptual y formativa en salud mental concluye que incorporar sus principios favorece una mayor autoconciencia ante el sesgo racial y los estereotipos negativos, tanto en la práctica como en el nivel organizacional, con el fin de mitigar las barreras estructurales que encuentran los usuarios.(7) Por su parte, la seguridad cultural se ha operacionalizado, en los hospitales australianos, mediante cinco categorías de estrategias: gobernanza, prestación de servicios, entorno hospitalario, formación de los clínicos y fuerza laboral de los pueblos originarios.(8) La Tabla 1 resume las diferencias entre los enfoques.

Interculturalidad crítica y competencia estructural

La interculturalidad en salud no es un concepto unívoco. A partir de la propuesta de Catherine Walsh, una revisión de la literatura latinoamericana construyó tres enfoques sobre la interculturalidad en salud, precisando los alcances y limitaciones de cada uno.(9) Esta distinción es relevante para la práctica médica, porque una interculturalidad entendida solo como «adaptación» del servicio a la cultura del paciente no altera las relaciones de poder entre los sistemas de saberes, mientras que una concepción crítica las pone en el centro del análisis.(9)

Tabla 1. Enfoques sobre la atención culturalmente sensible: síntesis comparativa

Enfoque	Foco principal	Aporte y limitación	Implicación para la práctica médica
Competencia cultural	Conocimientos, habilidades y actitudes del profesional para la comunicación transcultural	Ampliamente adoptada en la docencia; puede reducirse a información sobre «otras culturas» y no abordar el racismo sistémico	Formación longitudinal y comunicación intercultural, evaluada más allá de la autoevaluación
Humildad cultural	Autorreflexión continua y conciencia del sesgo propio	Favorece la autoconciencia ante sesgos y estereotipos; requiere cambios organizacionales para ser efectiva	Práctica reflexiva y supervisión; escucha del paciente como experto en su experiencia
Seguridad cultural	Experiencia de quien recibe la atención y poder institucional	Desarrollada en salud de pueblos indígenas; exige gobernanza y fuerza laboral indígenas	Evaluar la atención desde la perspectiva del paciente; cambios institucionales
Competencia estructural	Determinantes sociales, políticos y racismo estructural	Desplaza el foco del individuo a las estructuras que generan inequidad	Reconocer y actuar sobre las barreras estructurales en la consulta y el servicio
Interculturalidad crítica	Diálogo y relaciones de poder entre sistemas de saberes	Distintos enfoques con alcances y límites diferentes; se articula con la medicina tradicional	Diálogo de saberes, participación comunitaria e integración basada en evidencia

Fuente: elaboración propia a partir de las referencias (5,6,7,8,9).

En la misma línea, se ha argumentado que la competencia cultural fracasa cuando se disocia del racismo sistémico que subyace a las disparidades en salud.(6) La síntesis meta-etnográfica antes mencionada recoge esta preocupación al incluir la competencia estructural como uno de sus temas centrales,(5) lo que invita a que la formación médica incorpore, junto con la comunicación y la autorreflexión, el análisis de cómo las instituciones y las políticas generan exclusión.

La formación médica en competencia cultural

Una revisión de alcance sobre los currículos de competencia cultural en las facultades de medicina de Estados Unidos encontró que los componentes de integración longitudinal, la incorporación a las habilidades clínicas y las habilidades en sí mismas eran de los aspectos menos evaluados; además, los currículos con mayor eficacia autoinformada empleaban una mayor proporción de autoevaluaciones, lo que invita a interpretar con cautela esos resultados.(4) Los autores recomiendan estructuras longitudinales para construir currículos más sólidos.(4)

La revisión sistemática de intervenciones educativas en estudiantes de profesiones de la salud ofrece un panorama similar: de 41 estudios que evaluaron la efectividad con una medida validada pre y postintervención, solo uno utilizó una medida no autoinformada y apenas ocho emplearon aleatorización. Combinar métodos como las conferencias con simulaciones, juegos de roles y participación comunitaria con poblaciones diversas mejoró la competencia cultural.(14)

En América Latina, un estudio transversal en una universidad chilena evaluó la sensibilidad intercultural, dimensión afectiva de la competencia intercultural, en estudiantes de primer y último año de Medicina, Enfermería y Odontología mediante la Escala de Sensibilidad Intercultural, recogiendo además la pertenencia étnica de los participantes (incluido el pueblo mapuche).(15) Sus autores parten de que la adquisición de la competencia cultural debe comenzar durante la formación del profesional de salud,(15) lo que respalda su inclusión temprana en los planes de estudio.

¿Mejora la competencia cultural los desenlaces de los pacientes?

La pregunta clave es si la capacitación en competencia cultural mejora la salud de los pacientes. Una revisión sistemática que identificó 7 879 estudios únicos retuvo solo cinco que cumplieran los criterios de inclusión (dos ensayos aleatorizados, dos estudios de métodos mixtos y uno multi-método pre-post). Los profesionales refirieron que la capacitación fue beneficiosa y se observaron algunas mejoras en la percepción de los pacientes sobre la competencia cultural de sus proveedores, pero los desenlaces de salud no mejoraron de forma significativa en ninguno de los estudios; las inconsistencias en los marcos teóricos y en la formación dificultan juzgar su eficacia.(16)

Este hallazgo, junto con la predominancia de medidas autoinformadas en la formación,(4,14) sugiere que la evidencia disponible respalda más la mejora de actitudes y conocimientos de los profesionales que la de resultados clínicos, y subraya la necesidad de diseños que midan desenlaces reportados por los pacientes y resultados de salud.

Barreras idiomáticas e intérpretes profesionales

La barrera del idioma es una de las formas más tangibles de inequidad cultural. Una revisión integrativa de 37 artículos sobre servicios de intérpretes profesionales en hospitales identificó tres temas principales —calidad de la comunicación, desenlaces de la atención hospitalaria y costos— y concluyó que estos servicios pueden mejorar la atención a pacientes lingüísticamente diversos al mejorar la comunicación entre paciente y proveedor; la mayoría de los estudios procedía de Australia y Estados Unidos, y se señala la necesidad de registros completos del uso de estos servicios.(2)

Una revisión sistemática posterior, de 26 artículos cuantitativos realizados en servicios de salud, comparó distintas estrategias. La atención por un profesional que comparte el idioma del paciente, seguida de los intérpretes profesionales, produjo en general los mejores resultados; los intérpretes presenciales y por video superaron a los telefónicos; los intérpretes informales igualaron a los profesionales en calidad de traducción solo en los desenlaces posquirúrgicos; y las herramientas de traducción digital resultaron adecuadas únicamente para mensajes simples o contenidos pretraducidos.(3) En conjunto, ambas revisiones respaldan el uso de intérpretes profesionales como estándar, y advierten sobre confiar en familiares o en tecnología sin supervisión para comunicar información clínica compleja.

Seguridad cultural y salud de los pueblos indígenas

La salud de los pueblos indígenas es el escenario donde la seguridad cultural se ha desarrollado con más profundidad. Una revisión de alcance de 43 artículos (39 estudios) sobre iniciativas en hospitales australianos para los pueblos de las Primeras Naciones encontró que la mayoría de los estudios fueron coescritos por investigadores indígenas, que la fuerza laboral indígena actúa como puente cultural entre los pacientes y los clínicos no indígenas, y que la seguridad cultural se fortalece cuando el personal indígena y no indígena trabaja conjuntamente. Concluye que una gobernanza sólida es crítica para enfrentar el racismo institucional y que incorporar las voces indígenas en la gobernanza y fortalecer su fuerza laboral es esencial.(8)

En las Américas, la OPS plantea que los gobiernos deben reconocer la medicina tradicional, incorporar un enfoque intercultural en los sistemas de salud y garantizar datos desagregados por etnia para enfrentar la invisibilidad de las poblaciones indígenas en los indicadores sanitarios.(11) Una revisión sobre políticas de salud intercultural en América Latina encontró que las políticas identificadas se concentran sobre todo en la educación y que su consolidación requiere el compromiso de los distintos actores y una fusión «integral, complementaria y respetuosa» de perspectivas aparentemente divergentes.(10)

Migrantes, refugiados y salud mental

Las personas migrantes y refugiadas enfrentan barreras que combinan factores culturales, lingüísticos y administrativos. Una revisión de alcance sobre la atención de salud mental a solicitantes de asilo y refugiados en el Reino Unido recoge, a partir de la síntesis de la OMS, dificultades para comprender y navegar el sistema, escaso conocimiento de los derechos de atención, barreras idiomáticas y menor confianza en los proveedores y organizaciones extranjeros; además, los solicitantes rechazados y los migrantes indocumentados deben pagar la atención secundaria.(1) Estas barreras son en buena parte estructurales y no se resuelven solo con la competencia individual del profesional.

En este terreno, la formación en humildad cultural ofrece una vía complementaria: al favorecer la conciencia del sesgo propio y de los estereotipos, contribuye a reducir las barreras estructurales que encuentran los usuarios de los servicios.(7)

Medicina tradicional y diálogo de saberes: la agenda de la OMS y la experiencia cubana

La Estrategia Mundial de Medicina Tradicional 2025-2034, adoptada por la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud, propone una visión de acceso universal a la medicina tradicional, complementaria e integrativa segura, eficaz y centrada en las personas, con cuatro objetivos: fortalecer la evidencia, garantizar la seguridad y la regulación, integrarla en los sistemas de salud y optimizar su valor intersectorial.(13)

En Cuba, un estudio observacional descriptivo y transversal realizado entre enero y marzo de 2022 con 167 médicos y enfermeros de 42 consultorios de un policlínico docente de Niquero (Granma) halló un empleo frecuente del tratamiento en el 43,1 % de los profesionales, con la fitoterapia (86,8 %) y la apiterapia (73,6 %) como modalidades más usadas, y con indicaciones dirigidas principalmente a pacientes con enfermedades osteomioarticulares (55,7 %) y cardiovasculares

(37,1 %).(12)Estos datos ilustran cómo la medicina natural y tradicional forma parte de la práctica cotidiana de la atención primaria y por qué su integración con la medicina convencional, que la literatura latinoamericana describe como una articulación respetuosa de ambos sistemas,(10) requiere formación y evidencia, tal como plantea la estrategia de la OMS.(13)

Implicaciones para la práctica y la docencia

A partir de la literatura analizada, se proponen las siguientes líneas de acción para la práctica médica y la formación en contextos como el cubano y el latinoamericano:

- Incorporar la autorreflexión y la humildad cultural como competencias transversales y longitudinales, y no como un módulo aislado.(4,7,14)
- Evaluar la formación con medidas no autoinformadas y con desenlaces centrados en el paciente, en lugar de depender solo de autoevaluaciones.(4,14,16)
- Garantizar el acceso lingüístico mediante intérpretes profesionales o profesionales concordes en el idioma, evitando depender de intérpretes informales para la información clínica compleja.(2,3)
- Compartir el poder con las comunidades: gobernanza participativa y fortalecimiento de la fuerza laboral de los pueblos originarios, y datos desagregados por etnia.(8,11)
- Abordar los determinantes estructurales y el racismo como parte de la formación y de la organización de los servicios.(5,6)
- Integrar la medicina natural y tradicional con base en la evidencia, la regulación y el diálogo de saberes.(10,12,13)

CONCLUSIONES

La competencia cultural ha sido el punto de partida para preparar a los profesionales de la salud ante la diversidad, pero la literatura analizada muestra sus límites: se evalúa principalmente mediante medidas autoinformadas y la evidencia de efectos sobre los desenlaces de salud de los pacientes es todavía escasa. La humildad cultural, la seguridad cultural y la competencia estructural amplían el enfoque hacia la autorreflexión del profesional, la experiencia definida por el paciente y las condiciones institucionales y sociales que producen inequidad.

Una práctica médica verdaderamente intercultural requiere, además, garantizar el acceso lingüístico, compartir el poder con las comunidades y establecer un diálogo respetuoso y basado en la evidencia con los sistemas de saberes tradicionales, en consonancia con las orientaciones de la OMS y la OPS. Para la formación médica en Cuba y América Latina, esto implica integrar estos contenidos de manera longitudinal desde los primeros años de la carrera y evaluarlos con resultados que importen a los pacientes; se necesitan más estudios en el contexto latinoamericano que midan estos desenlaces.

REFERENCIAS

1. Pollard T, Howard N. Mental healthcare for asylum-seekers and refugees residing in the United Kingdom: a scoping review of policies, barriers, and enablers. *Int J Ment Health Syst.* 2021;15:60. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00473-z>
2. Kwan M, Jeemi Z, Norman R, Dantas JAR. Professional interpreter services and the impact on hospital care outcomes: an integrative review of literature. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(6):5165. <https://doi.org/10.3390/ijerph20065165>
3. van Lent LGG, Yilmaz NG, Goosen S, Burgers J, Giani S, Schouten BC, et al. Effectiveness of interpreters and other strategies for mitigating language barriers: a systematic review. *Patient Educ Couns.* 2025;136:108767. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2025.108767>
4. Swami N, Lewsey H, Nibo A, Patel R, Stroever S, Cobbs L. Cultural competence in United States medical education: a scoping review of implementation and evaluation practices. *Int J Med Educ.* 2026. <https://doi.org/10.5116/ijme.69c3.e171>
5. Li S, et al. A critical review of cultural competence frameworks and models in medical and health professional education: a meta-ethnographic synthesis: BEME Guide No. 79. *Med Teach.* 2023. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2023.2174419>
6. Berger JT, Miller DR. Health disparities, systemic racism, and failures of cultural competence. *Am J Bioeth.* 2021.
7. Konidaris M, Petrakis M. Cultural humility training in mental health service provision: a scoping review of the foundational and conceptual literature. *Healthcare (Basel).* 2025;13(11):1342. <https://doi.org/10.3390/healthcare13111342>
8. Fowler K, O'Loughlin M. Which cultural safety strategies are making a difference? Exploring hospital initiatives for First Nations peoples in Australia: a scoping review. *J Clin Nurs.* 2026;35(3):964-1001. <https://doi.org/10.1111/jocn.70111>
9. Castro AR. Hacia una tipología de la interculturalidad en salud: alcances, disputas y retos. *Andamios.* 2021;18(45):535-552. <https://doi.org/10.29092/uacm.v18i45.829>
10. Basante P, Tobar MF, García-Perdomo HA. Panorama actual y propuesta acerca de las políticas en salud para la implementación de una salud intercultural. *Rev Cuba Salud Publica.* 2024;50:15149.
11. Organización Panamericana de la Salud. Un enfoque intercultural y participativo, clave para garantizar la salud de los pueblos indígenas de las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 9 de agosto de 2023. <https://www.paho.org/es/noticias/9-8-2023-enfoque-intercultural-participativo-clave-para-garantizar-salud-pueblos-indigenas>
12. Gutiérrez López JI, Sánchez De la Torre D, Alvero Santinez JM, Rodríguez Reyna R, Figueredo Tornés JL. Aplicación de la medicina natural y tradicional por profesionales de la salud en el nivel primario de atención. *MEDISAN.* 2022;26(6):e4350.
13. Organización Mundial de la Salud. Global traditional medicine strategy 2025-2034. Ginebra: OMS; 2025. ISBN 978-92-4-011317-6. <https://www.who.int/india/publications/i/item/9789240113176>
14. Nkhoma G, Lim CX, Kennedy GA, Stupans I. Teaching and learning interventions designed to improve cultural competence in health profession students: a systematic review. *Internet J Allied Health Sci Pract.* 2023;21(3):2. <https://doi.org/10.46743/1540-580X/2023.2308>
15. Pineda P, Klenner M, Espinoza G, Mariño R, Zaror C. Intercultural sensitivity in Chilean healthcare profession students. *BMC Med Educ.* 2024;24:467. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05443-w>
16. Vella E, White V, Livingston P. Does cultural competence training for health professionals impact culturally and linguistically diverse patient outcomes? A systematic review of the literature. *Nurse Educ Today.* 2022.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de esta investigación.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización, investigación, redacción – borrador inicial, redacción – revisión y edición: Maikro Osvaldo Chávez Moya, Leodanis Hernández Cabrera, Idel Veliz Lugo, Raulmel Rodríguez Sánchez, Arlett Caridad Bravo Delgado, Melissa Alonso Pérez, Mariam Alejandra González González, Andy Alonso Pazos .