

Policy Commentary

Más allá de la integración

Soberanía sanitaria indígena y políticas de medicina tradicional en Estados Unidos

Por Leslie Korn, PhD, MPH, Hailey Allen y Charlotte Berg

Traducción de Yesenia Cortés

RESUMEN

Este documento de políticas examina la medicina tradicional de los pueblos indígenas en Estados Unidos como un sistema integral de salud basado en la tierra, fundamentado en el conocimiento intergeneracional, las relaciones ecológicas y la gobernanza comunitaria. Analiza las tensiones entre la autodeterminación en salud indígena y las políticas de salud estatales, con especial atención a los marcos federales y la evolución del enfoque de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hacia la medicina tradicional, desde el reconocimiento comunitario reflejado en la Declaración de Alma-Ata de 1978 hasta enfoques más recientes que enfatizan la integración mediante la regulación, la validación biomédica y la estandarización. El texto argumenta que estos marcos a menudo marginan las epistemologías indígenas al separar las prácticas de sanación de sus contextos culturales, espirituales y ecológicos, al tiempo que privilegian los sistemas de evidencia externos y las estructuras de gobernanza. A partir de ejemplos de naciones tribales y comunidades indígenas urbanas, incluidos sistemas de salud gestionados por indígenas e intervenciones comunitarias, el documento destaca las contribuciones documentadas a la salud física, la salud conductual y el bienestar comunitario. También identifica barreras estructurales, como las desigualdades en la financiación, las políticas de reembolso restrictivas y la exclusión de los curanderos tradicionales de los sistemas formales. Al situar estas dinámicas dentro de las estructuras políticas coloniales vigentes, el documento propone recomendaciones políticas que priorizan la autodeterminación en materia de salud indígena, la soberanía tribal, el pluralismo epistemológico y el apoyo a sistemas autónomos de atención basados en la tierra.

Palabras clave: Medicina tradicional indígena, soberanía tribal, política sanitaria, sanación basada en la tierra, epistemologías indígenas, salud pública, Estados Unidos

Nota del editor: Este análisis de políticas presenta los argumentos centrales de un próximo informe que examina la medicina tradicional indígena, la soberanía y la gobernanza de la salud en Estados Unidos. El manuscrito completo está disponible para su descarga aquí centerfortraditionalmedicine.org/policy/

Introducción

La medicina tradicional indígena en Estados Unidos es un sistema de salud con profundas raíces culturales y territoriales, basado en el conocimiento intergeneracional de los pueblos indígenas, sus relaciones ecológicas y su gobernanza comunitaria. Estos sistemas de sanación surgen de relaciones duraderas entre las comunidades indígenas y su entorno, y se fundamentan empíricamente, son adaptativos y están arraigados en el territorio. A pesar de la práctica constante de la medicina tradicional en las Naciones Tribales y las comunidades indígenas, incluidas las comunidades indígenas urbanas y las no reconocidas a nivel federal, estas prácticas siguen sin recibir el reconocimiento y el apoyo adecuados dentro de los sistemas de políticas federales y estatales, donde el reconocimiento es parcial, inconsistente e insuficiente. Si no se abordan estas deficiencias y no se definen políticas viables y aplicables que apoyen la práctica de la medicina tradicional, los objetivos de “Healthy People 2030”, el programa nacional estadounidense que establece metas de salud medibles para mejorar la salud y el bienestar de la población de Estados Unidos para 2030, no lograrán resultados significativos en materia de salud para los pueblos indígenas.

Este artículo estudia la medicina tradicional indígena en naciones tribales, comunidades indígenas y poblaciones indígenas urbanas, identificando una tensión central entre el autogobierno indígena en materia de salud y bienestar y los sistemas de gobernanza y control económico liderados por el Estado. Los

sistemas de salud indígenas representan sistemas integrales de conocimiento, autoridad y atención, en lugar de prácticas aisladas. Como sistemas arraigados en la cultura, la tierra y el territorio, se fundamentan en cosmovisiones relacionales en las que la salud surge de las relaciones interconectadas entre la tierra, la cultura, la espiritualidad, los sistemas alimentarios y la comunidad. Las prácticas curativas, incluyendo ceremonias, medicina a base de plantas, terapias corporales y atención comunitaria, son inseparables de estos contextos. Los sistemas alimentarios indígenas también funcionan como formas de medicina, más que como simples fuentes de nutrición.

La evolución de las actitudes y políticas hacia la medicina tradicional ha sido constante desde la colonización global, que con frecuencia resultó en la prohibición de prácticas tradicionales, incluyendo el uso de sustancias rituales, medicinales y alimenticias sagradas. Si bien no fue un fenómeno exclusivo de Estados Unidos y Canadá, muchas de estas prohibiciones coincidieron con esfuerzos coloniales paralelos de asimilación y genocidio cultural, como el traslado forzoso de niños a internados, las políticas de esterilización forzada y el programa conocido como “Redadas de los años 60”, mediante el cual el gobierno canadiense separó a niños indígenas de sus familias y facilitó su adopción por familias blancas en Estados Unidos y Canadá. Todas estas prácticas se mantuvieron vigentes, a menudo hasta la década de 1960 en Estados Unidos y Canadá. Parte de esto, aunque no todo, fue impulsado por la aparente incompatibilidad de la Iglesia Católica con las prácticas médicas indígenas.

Justo antes de la Declaración de Alma-Ata de 1978, la Organización Mundial de la Salud ya había comenzado a promover la medicina tradicional dentro de la política mundial de salud. En 1977, la OMS adoptó la Resolución WHA30.49, una de sus primeras resoluciones importantes centrada específicamente en la capacitación, la investigación y la integración apropiada de la medicina tradicional en los sistemas nacionales de salud. Ese mismo año, la OMS convocó una importante reunión en Ginebra titulada “*La promoción y el desarrollo de la medicina tradicional*”, lo que puso de relieve, además, el papel de los sistemas tradicionales de sanación y de sus practicantes en la ampliación del acceso a la atención primaria de salud en todo el mundo.

La Declaración de Alma-Ata de 1978 reconoció la medicina tradicional dentro de los sistemas comunitarios y, si bien les otorgó cierta autonomía, los dejó marginados política e institucionalmente. Los enfoques más recientes de la Organización Mundial de la Salud se han orientado hacia la integración mediante la validación basada en la evidencia, la estandarización y la regulación. En la práctica, esto suele alejar a la medicina tradicional de su autonomía y la acerca a su incorporación a la práctica biomédica.

En el hemisferio occidental, si bien la Organización Panamericana de la Salud (OPS) funge como la Oficina Regional de la OMS para las Américas y opera principalmente dentro de los marcos de la medicina tradicional de la OMS; las consultas regionales y los programas de salud intercultural también contribuyen a definir

los debates políticos más amplios de la OMS. En comparación con los marcos cada vez más tecnocráticos de la OMS, centrados en la medicina tradicional, complementaria e integrativa, el discurso de la OPS ha hecho mayor hincapié en la salud intercultural, la identidad indígena, la participación indígena, la etnicidad y la salud, y la relación entre cultura, territorio y bienestar comunitario. Estas iniciativas regionales también han influido en debates internacionales más amplios sobre justicia epistémica, participación indígena y el reconocimiento de múltiples sistemas de conocimiento médico en la gobernanza sanitaria mundial.

Si bien los modelos de atención integral pueden desempeñar un papel importante, a menudo se basan en la secularización y la adaptación de las prácticas tradicionales a formatos comprensibles para los sistemas biomédicos. Algunos modelos intermedios, como la medicina naturopática, comparten similitudes estructurales con los enfoques indígenas — incluida la atención integral a la persona y el tratamiento no farmacológico— y pueden ofrecer oportunidades de colaboración cuando están regidos por la autoridad tribal. Sin embargo, no son equivalentes a los sistemas de medicina tradicional.

En la práctica, la integración suele convertirse en asimilación. Los sistemas de conocimiento indígenas y tradicionales se incorporan a las instituciones biomédicas como técnicas complementarias, en lugar de ser considerados como sistemas independientes que operan según sus propias estructuras de gobernanza y epistemologías.

Esta transformación no está exenta de valores. Cuando la medicina tradicional se estandariza, se abstrae clínicamente o se integra institucionalmente, se separa de los contextos territoriales, culturales y relacionales que sustentan su eficacia y su significado. Este patrón se observa en la medicalización de la sanación con enteógenos y en la estandarización de la acupuntura, donde la concienciación y la formación se reducen a protocolos. Estos procesos facilitan la mercantilización, la expansión empresarial y la homogeneización de la medicina. Las prácticas tradicionales pierden su significado cultural, mientras que persisten los riesgos de biopiratería, apropiación no autorizada y extracción de propiedad intelectual.

La medicina tradicional indígena se sustenta en evidencia basada en la práctica, desarrollada a través de la observación, la aplicación y la validación comunitaria a lo largo de generaciones.

Estos sistemas muestran resultados positivos en la salud física y mental, la prevención del abuso de sustancias y la salud comunitaria. La evidencia de programas indígenas tribales y urbanos incluye sistemas gestionados por indígenas, como el Sistema de Atención Nuka de la Fundación Southcentral, que ha demostrado una mayor satisfacción del paciente, una menor utilización de los servicios de urgencias y mejores resultados en el tratamiento de enfermedades crónicas. Las intervenciones comunitarias, como los círculos de diálogo, los programas de alimentación tradicional y las prácticas ceremoniales, también han demostrado mejoras en la salud conductual, el funcionamiento familiar y la calidad de vida.

Sin embargo, los marcos de evidencia dominantes persisten en marginar estos sistemas al privilegiar los métodos estandarizados, que no se ajustan adecuadamente a los sistemas de conocimiento con raíces culturales. Las prioridades de financiación refuerzan esta desproporción al favorecer la investigación biomédica sobre los sistemas de evidencia indígenas y al limitar el reconocimiento de las epistemologías y los enfoques de evaluación indígenas.

Las disparidades estructurales socavan los sistemas de salud indígenas. Las restricciones específicas de las políticas federales incluyen el reembolso limitado de Medicaid para los servicios de sanación tradicionales, los requisitos de “cuatro paredes” que restringen la cobertura a entornos clínicos y los sistemas de acreditación que excluyen a los sanadores tradicionales de las estructuras de empleo formales. Estas disparidades tienen su origen en políticas coloniales que perturbaron la salud indígena al romper las relaciones entre las personas, la tierra, las ceremonias y los sistemas de conocimiento. La asimilación obligatoria, el despojo de tierras, los internados y la reestructuración institucional debilitaron la transmisión intergeneracional del conocimiento ecológico y las prácticas de sanación. Las consecuencias siguen siendo visibles en las disparidades de enfermedades crónicas, el trauma intergeneracional y las interrupciones en

los sistemas de transmisión del conocimiento. Si bien las políticas federales posteriores se vieron presionadas para introducir políticas

de autodeterminación en respuesta a las demandas de las naciones tribales por relaciones de gobierno a gobierno y mecanismos de financiación ampliados, la atención médica indígena permaneció en gran medida integrada en sistemas biomédicos en lugar de organizarse en torno a sistemas de atención restaurados basados en la tierra.

Esto no implica que las naciones soberanas y las comunidades indígenas deban depender de que Estados Unidos cumpla con su responsabilidad fiduciaria federal. Dicha responsabilidad no ha garantizado un acceso equitativo ni resultados satisfactorios. Los sistemas indígenas, incluido el Servicio de Salud Indígena, siguen enfrentándose a una financiación crónicamente insuficiente, atención especializada limitada, escasez de personal, infraestructura deficiente y atención culturalmente inadecuada. Las políticas de reconocimiento federal excluyen por completo a muchos pueblos indígenas de los servicios, mientras que las poblaciones indígenas urbanas se ven afectadas de manera desproporcionada por sistemas fragmentados y programas con financiación insuficiente. Las poblaciones indígenas urbanas, que representan a la mayoría de los pueblos indígenas en Estados Unidos, dependen en gran medida de organizaciones indígenas urbanas que enfrentan barreras adicionales para obtener financiación, reembolsos y una prestación de servicios culturalmente apropiada, a pesar de desempeñar funciones esenciales en la infraestructura de salud comunitaria. El resultado es un sistema de salud

fragmentado que no se ajusta estructuralmente a las diversas necesidades de las naciones tribales.

En efecto, es hora de que las naciones y comunidades indígenas reivindiquen su plena soberanía sobre la gobernanza, la prestación y la financiación de la atención médica, libres de la dependencia de obligaciones federales inconsistentes. Esto incluye la autoridad para diseñar y mantener sistemas de atención liderados por los propios pueblos indígenas, basados en las prioridades de la comunidad, el conocimiento cultural, las prácticas ancestrales de sanación y modelos autodeterminados de financiación y rendición de cuentas. En lugar de permanecer confinadas a sistemas coloniales que han fracasado repetidamente en satisfacer las necesidades de salud indígenas, las naciones indígenas deben recibir apoyo para recuperar el poder de definir, gobernar y prestar atención médica según sus propios términos.

La Organización Mundial de la Salud y la Política Global sobre Medicina Tradicional

Las tensiones que configuran las políticas sobre medicina tradicional indígena en Estados Unidos también se manifiestan en debates globales e institucionales más amplios sobre medicina tradicional, complementaria e integrativa.

Por ejemplo, a nivel mundial, los marcos de la OMS han incrementado el reconocimiento de la medicina tradicional mediante la investigación, la regulación y la integración en los sistemas

nacionales. La OMS también ha reconocido cada vez más los sistemas de conocimiento nativos, incluyendo el conocimiento ecológico tradicional y la medicina tradicional. Sin embargo, con el tiempo, la política de la OMS ha evolucionado hacia la priorización de los modelos de evaluación biomédica, lo que ha generado crecientes tensiones con los sistemas de sanación indígenas y tradicionales. Algunos críticos sugieren que este cambio refuerza el sesgo epistemológico, excluye a los curanderos tradicionales de los procesos de gobernanza, despoja a las prácticas curativas de sus contextos ceremoniales y territoriales, y facilita la mercantilización y la extracción de propiedad intelectual sin un consentimiento significativo de la comunidad. Los esfuerzos de integración mal diseñados pueden subordinar los sistemas de conocimiento locales a las instituciones biomédicas dominantes, reproduciendo al mismo tiempo las estructuras de poder coloniales dentro de la gobernanza global de la salud. Estos marcos globales proporcionan un contexto importante, aunque el enfoque central aquí es la política federal de EUA, la soberanía tribal y las condiciones estructurales que configuran los sistemas de salud indígenas a nivel nacional.

La postura de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la medicina tradicional ha experimentado un cambio conceptual significativo desde finales del siglo XX. En el período que rodeó la Declaración de Alma-Ata de 1978, la OMS consideraba la medicina tradicional principalmente como un componente socialmente arraigado y culturalmente legítimo de la atención primaria de salud. Alma-Ata reconoció

explícitamente el papel de los “sanadores tradicionales” dentro de los sistemas de salud comunitarios y concibió la atención primaria como un sistema que dependía de “trabajadores de la salud, incluidos médicos, enfermeros, parteras, auxiliares y trabajadores comunitarios, según corresponda, así como de los practicantes tradicionales cuando fuera necesario”. Este lenguaje refleja una filosofía pluralista en la que la medicina tradicional se valoraba por su fácil acceso, su tradición cultural y su contribución práctica a la salud pública, especialmente en los países en desarrollo donde la infraestructura biomédica era limitada. En lugar de exigir que los sistemas tradicionales se ajustaran a los estándares científicos biomédicos, el marco inicial de la OMS hizo hincapié en la inclusión, la participación y la autosuficiencia local.

Sin embargo, a principios de la década de los 2000, la política de la OMS comenzó a orientarse hacia un enfoque más regulatorio y basado en la evidencia. La Estrategia de Medicina Tradicional de la OMS 2002-2005 seguía afirmando la importancia de la medicina tradicional y argumentaba que podía desempeñar un papel mucho más relevante en la reducción de la mortalidad y la morbilidad excesivas. No obstante, la estrategia reformuló simultáneamente la medicina tradicional en términos de seguridad, eficacia, calidad y uso racional. Uno de los objetivos estratégicos centrales del documento era integrar la medicina tradicional y complementaria en los sistemas nacionales de salud, según proceda, mediante el desarrollo y la implementación de políticas y programas nacionales de medicina tradicional

y complementaria (Organización Mundial de la Salud, 2002, pág. 5).

Otro objetivo era establecer evidencia sobre la seguridad y la eficacia mediante la investigación y la evaluación. Los debates regionales de la OMS que acompañaron la estrategia argumentaron que la medicina tradicional “también debe evaluarse de manera similar” a la medicina convencional, refiriéndose específicamente a los estándares biomédicos de evidencia y evaluación. Esto marcó una transición importante en el pensamiento de la OMS. La medicina tradicional ya no se promovía principalmente por su legitimidad cultural o su persistencia tradicional, sino cada vez más porque podía confirmarse mediante evaluaciones científicas y biomédicas.

Esta tendencia se acentuó aún más en la Estrategia de Medicina Tradicional de la OMS 2014-2023, que adoptó un lenguaje más tecnocrático centrado en la regulación, el aseguramiento de la calidad, la generación de evidencia y la integración en los sistemas nacionales de salud. La estrategia enfatizó repetidamente la necesidad de promover el uso seguro y eficaz de la medicina tradicional mediante la regulación, la investigación y la integración de los productos, los profesionales y las prácticas de la medicina tradicional en los sistemas de salud (Organización Mundial de la Salud, 2013, 7). En comparación con el lenguaje más comunitario de Alma-Ata, la estrategia de 2014 refleja una orientación institucional sustancialmente diferente. La medicina tradicional ya no se aborda principalmente como un cuerpo autónomo de conocimiento

indígena o culturalmente arraigado, sino como una categoría de prácticas de salud que requieren evaluación comparativa, bases de datos de evidencia, terminología uniforme y supervisión gubernamental. Si bien la OMS continuó respaldando la medicina tradicional, su legitimidad se volvió cada vez más condicionada a la conformidad con los modelos biomédicos basados en la evidencia y los sistemas regulatorios estatales.

Un ejemplo de este cambio institucional más amplio aparece en el informe Integración de la medicina tradicional, complementaria e integrativa en la institucionalización de la toma de decisiones basada en evidencia: Informe de la reunión de la Organización Mundial de la Salud (2025). Si bien el informe reconoce que los sistemas de sanación tradicionales e indígenas poseen epistemologías distintas y expresa inquietudes respecto a la “justicia epistémica” y las diferentes formas de conocimiento médico, su marco general se basa en el lenguaje institucional de la gobernanza basada en la evidencia. El informe enfatiza repetidamente la “toma de decisiones informada por la evidencia”, la infraestructura de investigación, los sistemas de políticas, el desarrollo de directrices y la inclusión en los sistemas de salud formales. La contradicción es difícil de ignorar. La medicina tradicional se reconoce retóricamente como un sistema de conocimiento distinto, pero la legitimidad institucional depende cada vez más de la conformidad con los estándares biomédicos de evaluación, regulación y producción de evidencia. Si bien el informe respalda formalmente el pluralismo médico, también demuestra la

biomedicalización en curso de la medicina tradicional dentro de la gobernanza de la salud global.

Medicina naturopática e integrativa

El cambio institucional identificado en la política de la OMS tiene importantes paralelismos con la evolución de la medicina naturopática en Estados Unidos y Canadá. Las primeras tradiciones naturopáticas enfatizaban el vitalismo, el tratamiento constitucional, la hidroterapia, la fitoterapia, el ayuno, la reforma del estilo de vida y las teorías holísticas de la salud, que a menudo se situaban al margen de los paradigmas biomédicos dominantes. Sin embargo, a medida que la medicina naturopática buscaba la licencia y la legitimidad profesional a finales del siglo XX y principios del XXI, los estándares curriculares adoptaron progresivamente planes de estudio biomédicos basados en la formación médica convencional. Los programas naturopáticos contemporáneos dedican ahora una amplia atención a la farmacología, el diagnóstico de laboratorio, la patología y las ciencias clínicas basadas en la evidencia para asegurar el reconocimiento regulatorio y la integración en los sistemas de salud convencionales. Algunos profesionales incluso prescriben antibióticos como tratamiento de primera línea para infecciones que pueden tratarse por otros medios. Si bien este proceso amplió la aceptación profesional y la autoridad legal (y algunas compañías de seguros ahora pagan por la atención médica naturopática, lo que demuestra su mayor accesibilidad), los críticos dentro del campo argumentan que

también redujo la singularidad epistemológica de la naturopatía al subordinar las filosofías de curación tradicionales a las normas biomédicas y las expectativas institucionales.

La rápida expansión de la “medicina integrativa” en hospitales convencionales y centros médicos académicos evidencia un fenómeno similar. Desde la década de 1990, las principales instituciones de salud en Norteamérica han establecido cada vez más clínicas de medicina integrativa, centros de bienestar y programas de terapias complementarias. Algunos de estos proyectos incorporan genuinamente modalidades no biomédicas como la acupuntura, la fitoterapia, las prácticas de atención plena, la psicoterapia psicodélica y enteogénica, o la terapia nutricional. Sin embargo, los críticos sostienen que la medicina integrativa suele funcionar principalmente como una estrategia de marketing dentro de los sistemas biomédicos convencionales. En muchos casos, la integración es superficial. Se añaden medidas complementarias menores, como clases de meditación, aromaterapia o infusiones, junto con protocolos de tratamiento biomédico inalterados, lo que permite a las instituciones promocionarse como “holísticas” sin alterar sustancialmente el marco biomédico subyacente. El resultado suele ser una relación asimétrica en la que las prácticas tradicionales o complementarias se incorporan selectivamente solo en la medida en que permanecen subordinadas a la autoridad clínica convencional.

Este patrón se asemeja a la trayectoria general observada en las políticas de la OMS.

Los organismos convencionales aceptan cada vez más las prácticas tradicionales, pero generalmente sólo después de que se hayan adaptado a categorías biomédicas y se hayan sometido al control regulatorio y profesional biomédico. Las prácticas derivadas de la medicina tradicional pueden aceptarse cuando se pueden convertir en intervenciones clínicas accesibles, mientras que sus marcos filosóficos originales se marginan o eliminan. El lenguaje contemporáneo de la “integración” puede, por lo tanto, ocultar un proceso de asimilación más desigual en el que la biomedicina sigue siendo la autoridad epistemológica dominante, mientras que las prácticas tradicionales se incorporan selectivamente para obtener legitimidad institucional, satisfacer la demanda de los pacientes o diferenciarse en el mercado. Varios académicos han descrito este proceso como la “medicalización” o “biomedicalización” de la medicina complementaria y tradicional. En lugar de crear un sistema médico genuinamente pluralista, la integración puede implicar la absorción de terapias seleccionadas en instituciones biomédicas bajo sus propios términos. El crecimiento de los programas de medicina integrativa en los hospitales no solo refleja cambios en las filosofías terapéuticas, sino también incentivos económicos e institucionales dentro de sistemas médicos cada vez más competitivos, donde la imagen de “holístico” responde a la demanda de los pacientes de una atención individualizada y centrada en el ser humano.

La cuestión política central no es si los sistemas de salud indígenas deben integrarse en

las instituciones biomédicas, sino si las naciones indígenas conservan la autoridad soberana para definir los términos de participación, coexistencia o no participación.

El ejercicio de la soberanía sanitaria indígena no requiere un único modelo institucional. Las naciones y comunidades indígenas difieren sustancialmente en geografía, estatus legal, infraestructura, prioridades políticas, relaciones con los sistemas federales y continuidad de las prácticas curativas indígenas. En consecuencia, los futuros sistemas de salud indígenas pueden desarrollarse a lo largo de un espectro de enfoques, que abarca desde la colaboración selectiva dentro de las instituciones biomédicas existentes hasta sistemas completamente autónomos, gobernados por las tribus y que operan fuera de los marcos estándar. Algunas comunidades pueden optar por acuerdos transitorios o híbridos como parte de esfuerzos a largo plazo para restaurar los sistemas de sanación basados en la tierra, la capacidad del personal, la gobernanza comunitaria y la transmisión intergeneracional del conocimiento. Por lo tanto, la cuestión central no es si las comunidades indígenas participan en los sistemas federales o biomédicos, sino si conservan una autoridad significativa para determinar los términos, límites y condiciones de dicha participación.

Recomendaciones de políticas

Una reforma significativa en la salud indígena requiere una transferencia sustancial de autoridad, financiación y gobernanza de las instituciones externas a las Naciones

Tribales y las comunidades indígenas. La mera integración es insuficiente y puede erosionar aún más los sistemas de salud indígenas. En cambio, las políticas deben organizarse en torno a la soberanía tribal y reconocer la medicina tradicional indígena como un sistema autónomo, en lugar de un conjunto de terapias complementarias dentro de las instituciones biomédicas.

Las nuevas herramientas políticas, incluidas las exenciones de la Sección 1115 de Medicaid, se muestran prometedoras para apoyar la gobernanza tribal, reembolsar los servicios tradicionales y facilitar la atención basada en la tierra. Estos enfoques son más eficaces cuando preservan la autoridad indígena y evitan estandarizar la atención según las normas biomédicas.

Las siguientes directrices políticas se centran en la gobernanza, la financiación, la integridad epistemológica, la soberanía de los datos y la transmisión del conocimiento comunitario a largo plazo.

Autoridad y gobierno tribal

- Las naciones tribales deben ostentar la autoridad principal sobre la definición, la práctica y la gobernanza de la medicina tradicional, incluido el control sobre el diseño del sistema de salud y el reconocimiento de los profesionales.
- Las políticas federales y estatales relacionadas con la medicina tradicional indígena deberían requerir una

autoridad de gobernanza tribal e indígena significativa en el diseño, la implementación, la supervisión y la evaluación de dichas políticas.

- Los programas de salud integral que incluyen prácticas indígenas de sanación deben operar de acuerdo con los protocolos definidos por las Naciones Tribales y no deben subordinar los sistemas indígenas a las estructuras de autoridad biomédica.

Marcos de evidencia y pluralismo epistemológico:

- Las políticas sanitarias federales y estatales deberían reconocer los sistemas de conocimiento indígenas como sistemas de evidencia legítimos que no se pueden reducir únicamente a modelos de validación biomédica.
- Los marcos de investigación y evaluación deben estar liderados por los pueblos indígenas y basarse en indicadores de bienestar, sostenibilidad cultural y responsabilidad relacional definidos por la comunidad.
- Las estructuras de financiación federal deberían apoyar los métodos de investigación liderados por los pueblos indígenas y los enfoques de evaluación definidos por la comunidad, en lugar de exigir que todas las pruebas se ajusten a los modelos convencionales de investigación biomédica.

Transformación de la acreditación y la fuerza laboral:

- Los requisitos de licencia biomédica no deberían regular a los curanderos tradicionales. La autorización para ejercer debería ser determinada por las comunidades tribales mediante procesos basados en la cultura, con protecciones para los practicantes ya establecidos.
- Los sistemas estatales de concesión de licencias y acreditación no deberían imponer requisitos estandarizados de formación biomédica a los curanderos tradicionales ni a los practicantes de ceremonias.
- Las políticas deben proteger los sistemas tradicionales de sanación de la asimilación institucional mediante la certificación, la estandarización o los marcos de actuación impuestos externamente.

Reforma estructural y financiera:

- Se debe ampliar la financiación para la atención ceremonial y basada en la tierra mediante mecanismos como las exenciones de la Sección 1115 de Medicaid. Deben eliminarse las políticas restrictivas, como los requisitos de confinamiento estricto, y deben destinarse fondos específicos a apoyar a los gobiernos tribales, las comunidades indígenas urbanas y las organizaciones indígenas urbanas. El control sobre la financiación debe permanecer en manos de las comunidades indígenas.
- Las estructuras de financiación deberían apoyar sistemas de salud indígenas paralelos que funcionen bajo la gobernanza

indígena, los protocolos culturales y los modelos de atención basados en la tierra, en lugar de exigir su incorporación a las instituciones biomédicas existentes.

- Los mecanismos de reembolso deberían reconocer las prácticas de sanación ceremoniales, relacionales, basadas en la tierra y comunitarias como formas legítimas de atención.

Soberanía y aplicación de la ley en materia de datos:

- La soberanía de los datos indígenas debe ser protegida legalmente mediante medidas explícitas contra el uso no autorizado en sistemas de investigación e inteligencia artificial, incluyendo sanciones aplicables y requisitos de reparto de beneficios.
- Las comunidades indígenas deben conservar la autoridad sobre cómo se recopilan, interpretan, almacenan y utilizan los conocimientos tradicionales, los conocimientos ceremoniales y los datos relacionados con la salud en la investigación, el desarrollo comercial y los sistemas de inteligencia artificial.

Protección del conocimiento indígena y la propiedad intelectual.

- Las protecciones legales deben prevenir la biopiratería y la patentación no autorizada del conocimiento indígena, e incluir la autoridad de revisión tribal y acuerdos vinculantes.
- Las políticas deben prohibir la comercialización, extracción,

secularización o mercantilización no autorizadas del conocimiento ceremonial y curativo indígena.

- Las protecciones legales deben reconocer que la eficacia y la integridad de la medicina tradicional son inseparables de los contextos culturales, espirituales, ecológicos y territoriales.

Transmisión de conocimientos comunitarios y acceso a la tierra

La inversión en educación basada en la tierra, sistemas alimentarios tradicionales, revitalización de lenguas y acceso a tierras ancestrales es necesaria para sostener la transmisión intergeneracional del conocimiento y el bienestar comunitario a largo plazo.

Conclusión

Mejorar los resultados de salud de los pueblos indígenas requiere más que ampliar el acceso a los sistemas existentes. El marco fundamental de gobernanza es crucial. Los sistemas de salud arraigados en la tierra, las ceremonias, las relaciones comunitarias y el conocimiento indígena no pueden sobrevivir si la autoridad sigue siendo externa o si las instituciones biomédicas persisten en definir la legitimidad según sus propios criterios.

Los sistemas de políticas actuales siguen marginando a los sistemas de salud indígenas mediante la estandarización, la falta de financiación, los sesgos epistemológicos y la exclusión administrativa. La integración por sí sola no resuelve estos problemas y puede reproducirlos de diferentes formas.

Lograr la equidad en los resultados de salud de los pueblos indígenas requiere un enfoque diferente: reemplazar la integración por la soberanía, pasar de la incorporación biomédica estandarizada a sistemas de atención basados en la tierra y arraigados localmente, y reconocer que pueden existir múltiples sistemas de conocimiento médico sin estar subordinados a un único marco institucional.

El cambio sistémico a largo plazo depende de aceptar la autoridad de las naciones tribales y las comunidades indígenas, al tiempo que se apoyan los sistemas de salud gestionados localmente, arraigados en la tierra, la transmisión del conocimiento, las ceremonias y el bienestar comunitario. Los marcos de conocimiento indígenas distintivos sólo podrán sobrevivir cuando las comunidades indígenas mantengan el control sobre la gobernanza, la financiación y las condiciones en las que se sostienen y transmiten las prácticas de sanación.

Este artículo puede citarse como:

Korn, Leslie, Hailey Allen, and Charlotte Bryn Berg. "Más allá de la integración: Soberanía sanitaria indígena y políticas de medicina tradicional en Estados Unidos." *Fourth World Journal* 26, no. 1 (2026): 221–233

ACERCA DE LAS AUTORAS

**Leslie Korn**

Leslie Korn, PhD, MPH, LMHC, maestra en salud pública y terapeuta licenciada en salud mental, es la directora del Center for Traditional Medicine (Centro de Medicina Tradicional) del Center for World Indigenous Studies (Centro de Estudios Indígenas Mundiales), fundado en zonas rurales de México en 1977. Ejerce la medicina integrativa para la salud mental y la medicina tradicional. Obtuvo su maestría en psicología transcultural en la Universidad Lesley, su maestría en salud pública en la Escuela de Salud Pública de Harvard y fue becaria clínica en psicología y religión en la Facultad de Medicina de Harvard. Fue docente clínica y supervisora en la Universidad Bastyr, la University of Natural Medicine y la Escuela de Acupuntura de Nueva Inglaterra.

**Hailey Allen**

Hailey Allen (Thx) es Yakama y Umatilla. Su trayectoria fue moldeada por su tío abuelo, el fallecido anciano Yakama Russell Jim, líder de longhouse y defensor del medio ambiente, cuyo compromiso con la comunidad influyó profundamente en su enfoque hacia la investigación y la salud pública.

**Charlotte Berg**

Charlotte Berg es candidata en psicología y antropología en la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill. Actualmente realiza una pasantía en CWIS, donde se centra en los sistemas de salud indígenas y el patrimonio cultural. Tras graduarse en 2027, planea obtener un doctorado en antropología cultural.