



Competencia ética intercultural en la formación de profesionales de la salud: prevención de la victimización secundaria en México

Intercultural ethical competence in the training of health professionals: prevention of secondary victimization in Mexico

Fecha de presentación: Noviembre 2025.
Fecha de aceptación: Febrero 2026.

Ana María Pérez Cuautle.
Consultor forense.

48

"[...] ausencia de una ética intercultural en las instituciones públicas y los órganos de justicia [...]"

Resumen

Incorporar la competencia ética intercultural en la formación de los profesionales de la salud ya no es una sugerencia académica, es el fundamento normativo indispensable para cumplir con la ley y frenar la victimización secundaria. Lejos de ser un planteamiento teórico, esta exigencia surge de un marco constitucional mexicano diseñado para proteger al individuo, aunque todavía deba enfrentarse a una enseñanza universitaria que prioriza el rigor técnico por encima de la dignidad y la cultura del paciente. Desde esta perspectiva, el análisis deja claro que no respetar la diversidad cultural y lingüística del paciente es más que una omisión profesional constituye un acto de violencia institucional que vulnera el acceso a la justicia. Por esta razón, el enfoque intercultural debe verse como algo más que un valor ético es un blindaje legal que refuerza la validez de los informes médico-legales.

Palabras clave

Competencia ética intercultural, salud intercultural, derechos lingüísticos, victimización secundaria, violencia institucional.

Abstract

Incorporating intercultural ethical competence into the training of healthcare professionals is no longer merely an academic suggestion; it is the essential legal foundation for complying with the law and preventing secondary victimization. Far from being a theoretical approach, this requirement stems from a Mexican constitutional framework designed to protect the individual, even though it still faces a university education system that prioritizes technical rigor over the patient's dignity and culture. From this perspective, the analysis makes clear that failing to respect the patients cultural and linguistic diversity is more than a professional omission; it constitutes an act of institutional violence that undermines access to justice. For this reason, the intercultural approach must be viewed as more than an ethical value it is a legal safeguard that reinforces the validity of medico-legal reports.

Keywords

Intercultural ethical competence, intercultural health, linguistic rights, secondary victimization, institutional violence.

INTRODUCCIÓN

Este estudio desarrolla un análisis descriptivo que articula los ámbitos educativo, ético, de salud y criminológico en torno a la realidad de las comunidades indígenas y afromexicanas. La investigación prioriza el análisis de la revictimización derivada de la ausencia de una ética intercultural en las instituciones públicas y los órganos de justicia, centrándose de manera crítica en ese primer contacto donde la búsqueda de salud y justicia suele quedar desprotegida ante la falta de pertinencia del sistema.

I. El Marco Constitucional: Un compromiso con la dignidad

La Organización Mundial de la Salud, establece que la salud entendida como un estado integral de bienestar físico, mental y social, el cual se encuentra vinculado estrechamente a la dignidad humana y al pleno goce de los derechos fundamentales¹.

En sintonía con este mandato internacional en México, el Artículo 1º mandata que todas las autoridades deben “promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos”, prohibiendo toda “discriminación motivada por origen étnico o nacional”. Esta disposición encuentra su fundamento específico en el Artículo 2º, que define a la Nación como “única e indivisible”, con una “composición pluricultural y multiétnica sustentada originalmente en sus pueblos indígenas”, reconocimiento que el Apartado C hace extensivo a los “pueblos y comunidades afromexicanas, cualquiera que sea su auto-denominación”².

Este marco jurídico obliga al Estado, mediante el Apartado B, Fracción V, a “asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional con perspectiva intercultural, así como reconocer las prácticas de la medicina tradicional”².

Para llevar estos mandatos constitucionales a la práctica la Secretaría de Salud, ha desarrollado el Modelo de Salud Intercultural definido como el marco normativo y operativo que establece un diálogo de saberes entre medicina alopática y las prácticas tradicionales indígenas y afromexicanas. Su objetivo es garantizar una atención culturalmente adecuada, asegurando que los servicios de salud respeten la cosmovisión y los derechos de los usuarios para prevenir la violencia institucional, evitando así la revictimización en el sistema de salud³.

Desde esta perspectiva ética, la CONBIOÉTICA define esta competencia como la capacidad del profesional para integrar conocimientos y actitudes que permitan un diálogo respetuoso, fundamentado en

los principios de autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia⁴.

II. Marco Conceptual: Interculturalidad y Salud

1. La interculturalidad se define como la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes.

Se sustenta en cuatro principios básicos: reconocimiento de la diversidad, respeto a las diferencias, relaciones equitativas y enriquecimiento mutuo⁵.

2. Respecto al análisis en la atención de los servicios públicos de salud, se han expresado múltiples señalamientos sobre la manera como las personas son tratadas cuando acuden a solicitar atención médica. La queja constante es la percepción de los usuarios respecto a las actitudes de indiferencia, deshumanización, despersonalización y discriminación por parte del personal médico y de enfermería de los Servicios de Salud. Señalan también que es común el maltrato y regaños ante las creencias y prácticas que manifiestan sobre la salud y la enfermedad⁵.

3. Competencia Cultural es la habilidad y capacidad para interactuar y negociar con grupos culturalmente diversos, comunicándose de una forma respetuosa y eficaz de acuerdo con las múltiples identidades de los participantes o usuarios, fomentado actitudes de respeto, tolerancia, diálogo y enriquecimiento mutuo, constatando que la verdad es plural y relativa, y que la diversidad puede ser fuente de riqueza.

La competencia se estructura en base a tres componentes fundamentales: el saber actuar, el querer actuar y el poder actuar⁶.

La competencia intercultural trasciende lo técnico y se convierte en un deber ético fundamental del profesional de la salud. Más allá de una buena práctica, la integración de este enfoque constituye un blindaje legal frente a la revictimización; es la barrera que impide que el acto médico se degrade en un agravio institucional. Bajo esta premisa, el marco de los derechos humanos y la Ley General de Víctimas dejan de ser referentes lejanos para convertirse en mandatos ineludibles ignorar la identidad y la dignidad del paciente no es solo una falta de sensibilidad, sino una violación normativa que fractura el acceso a la justicia.

III. La Brecha Académica: Cuando la técnica olvida a la persona

Sin embargo prevalece una brecha crítica entre el mandato normativo y la realidad académica. Aunque la Constitución (Arts. 2º, 3º y 4º), la Ley General de Salud y la Ley General de Educación establecen la obligación de garantizar una atención culturalmente pertinente —respaldada por el humanismo de la Nueva Escuela Mexicana⁷, modelo educativo vigente que coloca la dignidad en el centro—, los programas de estudio siguen omitiendo los factores socioculturales y privilegiando un abordaje estrictamente biomédico y técnico⁵. Este distanciamiento entre la formación técnica y las exigencias de la sociedad no solo debilita la práctica profesional, sino que favorece escenarios de victimización secundaria, donde el sistema vulnera la identidad y los derechos de los sujetos en

lugar de protegerlos.

Para revertir este incumplimiento profesional, es indispensable rediseñar los planes de estudio e implementar la evaluación de competencia ética intercultural en docentes. El objetivo es que la enseñanza deje de ser exclusivamente técnica y asegurar que las instituciones formadoras cuenten con profesionales capacitados para integrar el enfoque de ética intercultural en la práctica clínica diaria.

IV. Victimización Secundaria: Responsabilidad Profesional

Más que una deficiencia técnica, la falta de competencia intercultural representa una omisión ética con repercusiones en el ámbito de la responsabilidad profesional. En el marco de la Ley General de Víctimas, el personal de salud actúa como una garantía de la dignidad del paciente, por lo tanto, desconocer la identidad cultural constituye una falta que deriva en responsabilidad administrativa o legal.

Bajo el criterio de Rodríguez Manzanera, al concebir el estudio científico de las víctimas como una rama de la Criminología, pues los estudios victimales requieren de ser analizados desde los diversos factores y causas que generan el daño⁸. En este sentido la formación biomédica que omite lo sociocultural se manifiesta como una forma de violencia institucional, la cual deriva inevitablemente en una victimización secundaria dentro de los servicios de salud.

- **Victimización primaria:** Se refiere a la experiencia personal y al efecto directo del delito por el cual una persona deviene en víctima. Este tipo de victimización se produce directamente por parte del victimario contra su víctima durante la ejecución del hecho delictivo, donde resulta lesionado el bien jurídicamente protegido, infligiendo un daño físico, psíquico, sexual o material⁹.

- **Victimización secundaria:** Se deriva de la relación de la víctima con el sistema de justicia. El daño sufrido es incrementado como consecuencia de su contacto con los distintos órganos de atención, lo que conlleva una doble frustración psicológica: los efectos de la acción inmediata del agresor y la respuesta institucional que no cumple con las expectativas de la víctima⁹.

Esta distinción adquiere un carácter vinculante de conformidad con el Artículo 5 de la Ley General de Víctimas:

“Dignidad, buena fe, debida diligencia no victimización secundaria o revictimización: La actuación de las autoridades debe regirse bajo el principio de no revictimización, el cual obliga al Estado a garantizar que las víctimas no sean objeto de nuevos daños, sufrimientos o molestias por parte de los servidores públicos durante los procedimientos de investigación o de atención.”¹⁰

Por consiguiente, la incorporación de protocolos interculturales

constituye un mecanismo de seguridad jurídica y no una pauta normativa opcional. Integrar esta competencia es la vía necesaria para alinear la práctica clínica con el estándar de derechos humanos vigente, reduciendo la responsabilidad profesional derivada de tratos discriminatorios o de una deficiencia institucional en la prestación del servicio.

V. Informe Médico-Legal desde un Enfoque Criminológico

Este apartado trasciende el plano normativo para establecer las pautas de evaluación técnica frente a casos de presunta victimización secundaria en el sistema de salud.

Fundamentación Legal del informe: Para garantizar un acceso pleno a la justicia y a los servicios del Estado, el Artículo 2º constitucional (Apartado A, Fracción XI) establece que: “Las personas indígenas tienen, en todo tiempo, el derecho a ser asistidas y asesoradas por personas intérpretes, traductoras, defensoras y per-

ritas especializadas en derechos indígenas, pluralismo jurídico, perspectiva de género, y diversidad cultural y lingüística”¹². Dicha garantía es consistente con lo establecido en la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas (Art. 7), la cual dicta que: “Las lenguas indígenas serán válidas, al igual que el español, para cualquier asunto o trámite de carácter público y para acceder plenamente a los servicios públicos”¹¹, lo que incluye la atención en clínicas y hospitales.

En este sentido, dichas disposiciones se configuran como parámetros de la *lex artis*. Para el perito la ausencia de personal especializado en contextos pluriculturales no es un déficit administrativo, sino una omisión técnica que invalida el consentimiento informado, viciando tanto el proceso clínico como el debido proceso legal.

Análisis Criminológico de la Victimización en el Sector Salud: Desde la victimología clínica, la deshumanización y la discriminación se tipifican como factores de riesgo que facilitan la victimización secundaria. El análisis criminológico identifica cómo el entorno hospitalario, al ignorar la cultura del paciente genera una doble victimización transformando la institución en un espacio de vulneración en lugar de protección.

La Competencia Ética Intercultural como Blindaje: La integración de estos fundamentos permite al profesional realizar un ejercicio preventivo. La competencia ética intercultural actúa como una barrera de contención; el profesional que actúa con “saber, querer y poder” reduce la probabilidad de incurrir en conductas

“ausencia de personal especializado en contextos pluriculturales”

que puedan ser calificadas pericialmente como negligencia o trato cruel, inhumano o degradante.

El informe médico-legal no puede limitarse a la técnica clínica, debe evaluar la pertinencia cultural de la atención. Ignorar estos marcos normativos representa una falla crítica en el protocolo de atención profesional.

CONCLUSIÓN

El desconocimiento y la falta de aplicación de la Ley General de Víctimas en las instituciones de salud no representan un hecho accidental; son la muestra de una vulneración constante a los derechos humanos. Al silenciar la identidad cultural del paciente, el acto médico se desvirtúa y se transforma en una revictimización que deja a la persona sin su protección legal más elemental.

Frente a esta realidad, reestructurar los planes de estudio es un paso inicial, pero carece de impacto si no se establecen criterios para evaluar al docente si posee y transmite una verdadera competencia ética intercultural. La formación de los profesionales de la salud debe evolucionar hacia un modelo donde la diversidad cultural no sea una teoría, sino una responsabilidad ética en la consulta.

Se necesita en México un cambio de visión en la formación integral de nuestros profesionales de la salud teniendo una solidez en pluriculturalidad e interculturalidad para no ignorar la diversidad humana y desestimar la importancia de empatía.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 1948. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
2. México. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Internet]. Última Reforma publicada DOF 24-01-2024. Ciudad de México; 1917. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
3. Secretaría de Salud. Modelo para la Atención Intercultural a la Salud de los Pueblos Indígenas y Afromexicano [Internet]. Ciudad de México: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud; 2023. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/893009/Modelo_Atenci_n_Intercultural_salud_pueb_Indig_y_AfM.pdf
4. Comisión Nacional de Bioética. Documentos normativos: Textos editados por la CONBIOÉTICA. México: Secretaría de Salud; 2018. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/conbioetica/arti->

5. Almaguer González JA, García Ramírez HJ, Vargas Vite V. Interculturalidad en Salud. 3ª ed. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2014. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/docs/InterculturalidadSalud.pdf>
6. Secretaría de Salud. Competencias interculturales para el personal de salud. Ciudad de México: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES); 2008. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29312/CompetenciasInterculturales.pdf>
7. Secretaría de Educación Pública. La Nueva Escuela Mexicana: principios y orientaciones pedagógicas. Ciudad de México: SEP; 2019. Disponible en: <https://dggep.sep.gob.mx/storage/recursos/NEM/Principios%20y%20orientaciones%20pedagogicas%20de%20la%20NEM.pdf>
8. Rodríguez Manzanera, L. (1998). Victimología: Estudio de la víctima (4.ª ed.). Ciudad de México: Editorial Porrúa. p. 28.
9. Hernández Gómez Y, Zamora Hernández A, Rodríguez Febles J. La victimización: Consideraciones teórico-doctrinales. Derecho y Cambio Social. 2020;(61):392-412. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7525025.pdf>
10. México. Ley General de Víctimas. Diario Oficial de la Federación. 9 de enero de 2013 (Última reforma publicada: 1 de abril de 2024) [Internet]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV.pdf>
11. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (13 de marzo de 2003). Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas. [Última reforma publicada en el DOF el 19 de enero de 2023]. Recuperado de: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDLPI.pdf>