

# Pluralismo médico: regulaciones y concepciones de salud en seis países de América Latina

## Medical pluralism: regulations and health concepts in six Latin American countries

Vanina Papalini,\* María Josefina Avelín Cesco\*\*

Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial  
(CC BY-NC) 4.0 Internacional

*Perfiles Latinoamericanos*, 30(59) | 2022 | e-ISSN: 2309-4982

DOI: [dx.doi.org/10.18504/pl3059-009-2022](https://doi.org/10.18504/pl3059-009-2022)

Recibido: 11 de junio de 2020

Aceptado: 26 de julio de 2021

### Resumen

El propósito de este artículo es discutir la noción de pluralismo médico, en su sentido de capacidad de integrar medicinas no biomédicas —terapéuticas originarias americanas, medicinas naturales y herbarias, y medicinas complementarias y alternativas— en el modelo sanitario latinoamericano. Discutimos las denominaciones de la OMS y analizamos distintas clasificaciones existentes. Finalmente, examinamos un panel de seis países: Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, comparándolos concisamente, para establecer de qué manera y con qué grado se reconocen, en sus normativas y leyes, las diferentes medicinas practicadas en América Latina.

*Palabras claves:* salud, medicinas indígenas americanas, medicinas complementarias y alternativas, pluralismo, OMS, América Latina.

### Abstract

The purpose of this article is to discuss the notion of medical pluralism, understood as the ability to integrate non-biomedical medicines —native American therapeutics, natural and herbal medicines, and complementary and alternative medicines— into the Latin American health model. We discuss WHO definitions and analyze different current classifications. Finally, we examined a panel of six countries: Argentina, Brazil, Bolivia, Colombia, Ecuador and Peru, comparing them briefly, to establish how and to what extent the different medicines practiced in Latin America are recognized in their regulations and laws.

*Keywords:* health, indigenous American medicines, complementary and alternative medicines, pluralism, WHO, Latin America.

---

\* Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (Argentina) y en Ciencias de la Información y la Comunicación por la Universidad de París 8 (Francia). Investigadora independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas y profesora titular de la Universidad Nacional de Córdoba | [v.a.papalini@gmail.com](mailto:v.a.papalini@gmail.com) | <https://orcid.org/0000-0001-9229-9895>

\*\* Magíster en Ciencias Sociales por la Universidad de Freiburg (Alemania) y por la FLACSO Argentina. Becaria doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas | [josefina.avelin@gmail.com](mailto:josefina.avelin@gmail.com) | <https://orcid.org/0000-0002-2032-2328>

## Introducción

Los sistemas médicos forman parte de las diferentes culturas al resguardar un acervo de saberes y conocimientos específicos. Las medicinas son tan antiguas como las enfermedades humanas; florecieron en las civilizaciones mesopotámicas, y en Egipto, India y China. Los registros más remotos aparecen a finales del Neolítico, es decir, 6000 años a. de C. Aunque algunos consideran estas medicinas como primitivas, apuntando a su trasfondo mágico-religioso (Babini, 2000, pp. 15-17), lo cierto es que tanto la concepción de sujeto como la de enfermedad forman parte de configuraciones socioculturales específicas.

La moderna biomedicina, o medicina sustentada en los principios científicos de la biología, no es ajena a esta premisa: se trata del sistema médico propio de la cultura occidental. La definición de científicidad que se corresponde a este horizonte sociocultural se usa para medir algo más que una hipotética correspondencia entre realidad y conocimiento: se juzgan valores, modos de saber y de vivir que están impregnados en su perspectiva y que desalojan o desacreditan otras opciones. Desde la perspectiva decolonial, este aspecto ha sido objeto de una crítica política radical (De Sousa Santos, 2010; Walsh, 2008).

Dicho de otro modo: aunque ejerza una influencia hegemónica en su campo, la biomedicina no es el único sistema válido, tanto en términos pragmáticos como en los simbólicos. No nos proponemos discutir aquí su eficacia; solo apuntamos a señalar que, como testimonian los estudios sobre las “zonas azules” (Navarro-Pardo, 2015; Vargas, 2000) y las investigaciones en torno a sistemas médicos tradicionales y alternativos (Bodeker & Kronenberg, 2002), parece razonable aceptar que hay otros modelos competentes para el cuidado de la salud. En cuanto a su dimensión cultural, una medicina entraña no solo la salud, sino también el modo de vivir de grupos, comunidades, colectivos y sociedades, en general minoritarios, para los cuales el respeto y la consideración no están garantizados.

El concepto de hegemonía es útil para evidenciar los filamentos del poder: en cuanto a la salud —como se patentiza inequívocamente a la luz de la crisis por el covid 19—, el Estado detenta el derecho a determinar la legalidad o ilegalidad de las prácticas y, por lo tanto, el derecho a promocionarlas, regularlas, limitarlas o en el extremo, prohibirlas y perseguirlas. Pero ¿hasta dónde y con respecto a qué llega su derecho?, ¿cuál es el límite de sus obligaciones y de su autoridad? ¿En qué punto constituye un atropello a las culturas y cuándo el no involucramiento del Estado puede implicar cercenar el acceso a la atención sanitaria? La permisividad en el ejercicio de variadas prácticas terapéuticas ¿amenaza la vida de las poblaciones?

En lo que atañe a las medicinas, la relación entre los Estados y las culturas se vuelve espinosa. En ese terreno, el respeto y la tolerancia no son los mismos que cuando se trata de folclore o artesanías. Que el cuidado de la vida pueda hacerse de diferentes formas, obedeciendo a valores diversos y poniendo en práctica saberes “otros”, desafía epistemológica, ética y políticamente a los especialistas de la salud, quizá uno de los grupos menos cuestionados de la cultura occidental. Ya se ha subrayado la centralidad de la experiencia de la enfermedad, pero la cultura que enmarca esa experiencia no es relevante solo para los pacientes: también los profesionales, sus creencias y sus prácticas siguen matrices culturalmente determinadas (Kleinman, 2013, p. 3).

Este artículo analiza las denominaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en cuanto a sistemas médicos, identificando sus limitaciones; presenta un resumen de otras clasificaciones de los sistemas médicos y discute las nociones de salud intercultural y pluralismo médico. El debate no es solo teórico: nos interesa analizar de qué manera y con qué grado las diferentes medicinas practicadas en América Latina son reconocidas en sus normativas y leyes. Para ello, construimos un panel constituido por seis países: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador y Perú, seleccionados en función de sus diferentes desarrollos y su incorporación a lo que la OMS denomina “medicinas no convencionales (2013).<sup>1</sup> Estas comparaciones y análisis abonan al debate en torno al pluralismo médico.

## Metodología

Daremos cuenta de un estudio realizado sobre fuentes documentales, especialmente normativas, vigentes hasta julio de 2019 (leyes, decretos y resoluciones) de un panel constituido por países latinoamericanos. Recurrimos también a documentos adicionales, como cuadernillos informativos, informes oficiales y páginas web de programas gubernamentales. Definimos además ejes transversales de comparación: utilizando una codificación axial, volcamos los contenidos de los distintos códigos en una matriz, seleccionando párrafos o segmentos que mantuvieran una unidad de sentido.

En cuanto a la conformación del panel, utilizamos un criterio de variedad casuística inspirado en la lógica del muestreo teórico o intencional, que busca representar la mayor diversidad posible, a fin de observar el tema con amplitud. Al respecto, se ha señalado que “El propósito del muestreo teórico es maximizar las oportunidades de comparar acontecimientos, incidentes o sucesos para de-

---

<sup>1</sup> Excluimos intencionalmente países como México y Chile, sobre los que hay una profusa bibliografía, para concentrarnos en los que han sido menos frecuentemente abordados.

terminar cómo varía una categoría en términos de sus propiedades y dimensiones” (Strauss & Corbin, 2002, p. 220). Esta técnica de selección es útil cuando permite escoger los aspectos que pueden producir el mayor rendimiento teórico. Así, nos inclinamos por elegir casos bien diferenciados: a Perú por ser el pionero en el tratamiento de estos temas; a Bolivia y Ecuador, por el peso de las culturas ancestrales en su Constitución; a Brasil y Colombia, por su integración de las medicinas indígenas, las medicinas alternativas y complementarias (MAC) y la biomedicina en un mismo sistema de salud, y a Argentina, por presentar un desarrollo muy inicial de la problemática.

El análisis comparativo cobra sentido en el marco de una investigación amplia que incluye entrevistas, encuestas, descripciones etnográficas y estudios de caso.

## Definiciones de salud y clasificación de medicinas

La salud es definida, en una transitada declaración de la OMS, como “un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad” (1946, p. 100). El concepto, que se propone superar la simple determinación de salud por oposición a la dolencia, comprende tres dimensiones. Aunque pareciera ser suficientemente abarcador, en un examen minucioso revela las limitaciones propias de su enfoque; las concepciones de salud —también la de la OMS— forman parte de cosmovisiones completas y el modelo psicobiosocial responde a las ciencias occidentales modernas de la salud, como veremos a continuación. Con todo, su misma laxitud permite ampliar sus alcances, aunque con límites concretos.

Puede notarse que esta definición no toma nota del aspecto religioso o espiritual ni hace referencia explícita a la relación con la naturaleza. Las tradiciones, la cultura y la identidad, o los lazos familiares y las redes comunitarias, que cumplen un papel importante en poblaciones pequeñas y culturalmente cohesionadas, parecen quedar remotamente aludidos en la dimensión social de la definición. El medio ambiente, presente en varios índices sanitarios internacionales, no está allí mencionado; en las cosmovisiones americanas es fundamental y no se limita al cuidado ecológico ni a mediciones de toxicidad del entorno. La OMS tampoco hace ninguna referencia a la dimensión emocional —que es vinculante, interpersonal y subjetiva—. Podría conjeturarse que queda comprendida en lo designado como mental, pero parece un forzamiento de la definición. En definitiva, esta no parece resultar una concepción tan amplia ni lo suficientemente clara como para servir de apoyo a posiciones de minorías.

En general, y a partir de la propuesta de Engel (1980, 1977), el modelo biopsicosocial de tres partes propone una concepción de salud un poco más de-

sarrollada que la de la OMS pero inspirada en ella. La salud abarca el organismo humano en términos químico-biológicos, psicoemocionales y sociales. Esta división guarda un rasgo propio del individualismo metodológico como es la distinción y la separación: el paradigma biomédico tiende a la discriminación y la especialización, una posición que acarrea consecuencias en cuanto al tratamiento de la enfermedad. La expresión biomedicina pone de relieve el fundamento bioquímico del conocimiento médico de la modernidad occidental.

Existen definiciones holísticas de salud que la conciben como el resultado de relaciones armónicas entre dimensiones personales: cuerpo, mente, emocionalidad, espíritu; interpersonales y sociales: ambiente, familia, comunidad, y culturales: tradición, creencias, modos de sustentabilidad de la vida que involucran al mundo natural (Aparicio Mena, 2005; Meneses, 2004). No solo se diferencian de la propuesta por la OMS en cuanto a la ausencia o presencia de la dimensión espiritual y en la etiología de la enfermedad, sino que prestan especial atención a los aspectos comunitarios y familiares y a la relación con el mundo natural.

La misma OMS asume que el campo de la medicina es diverso, al reconocer las medicinas tradicionales y complementarias o alternativas, integrativas y naturales o herbarias.<sup>2</sup> Para esta organización, la medicina tradicional “es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales” (OMS, 2000, p. 1). Esta diferenciación no es, a nuestro entender, demasiado clara, por cuanto una medicina es “tradicional” en el sentido de su larga duración, mientras que su carácter “indígena” se refiere a su pertenencia a una cultura determinada, tomando indiscriminadamente todo lo “no occidental” como un mismo universo “otro”. Al poner juntos los dos términos, la definición involucra medicinas formalizadas, como la china y el ayurveda, con otras prácticas que no llegan a conformar un sistema médico, como las terapias populares y el curanderismo.

El documento citado se refiere además a los términos “medicina complementaria” y “medicina alternativa” para indicar prácticas de salud que no son propias de la cultura nativa y señala que en ocasiones se utilizan junto con “medicina tradicional”, de manera indistinta. Homeopatía, medicina yunani, medicina maya —es decir, sistemas médicos completos con diferentes perspectivas—, cromoterapia, reiki, y cura del mal de ojo, quedan así indiferenciadas. Esta definición tan global hace referencia no solo a medicinas, sino también a

---

<sup>2</sup> La OMS no habla de biomedicina sino simplemente de “medicina”, dándola por sobreentendida. Su perspectiva, aunque pueda parecer pluralista, expresa la posición hegemónica.

un conjunto amplio de prácticas de atención de salud —cuya única característica común es su extranjería en relación con la biomedicina— no integradas en el sistema sanitario principal. La OMS también da cuenta de la existencia de “medicamentos herbarios”, que contienen como principios activos partes de plantas, u otros materiales vegetales, o combinaciones de esos elementos, sin referirse de manera específica a la medicina natural ni tomar nota que muchos sistemas médicos tradicionales utilizan medicamentos herbarios. La indiscriminación del esquema clasificatorio hace necesario recurrir a otras fuentes.

Desde una perspectiva inspirada en las teorías del italiano Antonio Gramsci, Menéndez (1992) toma en cuenta la dimensión política en medicina y propone clasificarla en modelo médico hegemónico<sup>3</sup> y modelo subalterno. El enfoque gramsciano concibe la hegemonía como una construcción inestable cuyo arte consiste en generar adhesiones mediante un determinado encuadre político y normativo hegemónico que prescribe, permite y prohíbe, pero no a través de la coacción: la legalidad se sustenta en las legitimidades construidas y sostenidas por las opiniones circulantes. La hegemonía no necesariamente elimina paradigmas alternativos, pero sí los desacredita; tomada como una referencia flexible y no monolítica, aporta una lectura de la salud desde la perspectiva de las relaciones de poder. Menéndez ubica igualmente en desventaja al autotratamiento y la “medicina de legos”.

Dentro de la antropología mexicana existen otras clasificaciones como la de Carlos Zolla, quien propone el enfoque de la “respuesta social a la enfermedad”. Dividiendo las medicinas en doméstica, tradicional y académica, Zolla (1988) señala que existen interculturalidades asimétricas “donde se expresan relaciones de poder diferenciadas entre las medicinas que se interrelacionan, que introducen o perpetúan desigualdades y no sólo diferencias” (Zolla, 2011, p. 203). María Teresa Mosquera, por su parte, sostiene que no existen diferencias reales con las teorías de Menéndez (1981), salvo que esta clasificación da cuenta del proceso de institucionalización de la medicina hegemónica. Carlos Zolla, dice Mosquera Saravia, se limita a señalar que entre los tres tipos de medicina existen relaciones asimétricas y vinculaciones, pero no las explica (Mosquera Saravia, 2006, pp. 40-41).

Por su parte, Arthur Kleinman (1978) propone una diferenciación entre medicinas *folk* o tradicional —que cuenta con sus propios especialistas nati-

---

<sup>3</sup> Menéndez ha hablado de este modelo en numerosos artículos. La síntesis más escueta propone que el modelo médico hegemónico es “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado” (Menéndez, 1988, p. 451).

vos—, profesional, y de legos o popular. En sus trabajos más recientes, este autor enfatiza el papel del cuidado, sin importar el sistema médico de que se trate, como un aspecto significativo en términos morales (Kleinman, 2013). Aunque más completo, según señala Anatalde Idoyaga Molina, este esquema también resulta insuficiente. La antropóloga argentina clasifica la medicina en cinco categorías: biomedicina, medicinas tradicionales americanas (chamanismos y curanderismo), autotratamiento o medicina de legos, medicinas religiosas (grupos de oración, sanaciones rituales y otras prácticas), y medicinas alternativas (Idoyaga Molina, 2005). En sus distintas investigaciones, se ocupa también de los neochamanismos (Idoyaga Molina, 1997) y describe tanto las medicinas populares como otras formas de curar no oficiales (Idoyaga Molina, 1994, 1999). Su trabajo, pionero en esta temática, no discute la pretensión de verdad de la biomedicina ni establece consideraciones en términos de subalternidades. En este caso, la clasificación permite establecer distinciones entre las medicinas de raigambre americana, de otras medicinas y prácticas terapéuticas cuya raíz cultural es oriental. La expresión “medicinas alternativas y complementarias” (MAC), cada vez más extendida en América Latina, se usa para referir una amplia gama de prácticas que no son parte de la tradición propia de estos países, ni están integradas, salvo casos puntuales, dentro del sistema de salud dominante; es el caso del yoga, la reflexología, la acupuntura, el shiatsu y otras más, en su mayoría de extracción india o china.

En el campo de estudio de las medicinas americanas, existe cierto debate en cuanto a las medicinas nativas o “indígenas”, conocidas también como “medicinas tradicionales” o ancestrales, que forman parte del sistema médico subalterno. Se les aborda desde la etnomedicina, el enfoque intercultural y el modelo tradicional-culturalista, con ligeras diferencias entre sí.

En cuanto a la etnomedicina, Genest (1978) postula que es un dominio de la antropología médica que centra sus reflexiones en el conjunto de creencias y prácticas relativas a la enfermedad de cada sociedad. Si entendemos a la antropología como una ciencia referida no solo a grupos humanos ajenos a las sociedades occidentales, sino a todos los grupos humanos, entonces la etnomedicina abarca la totalidad de tratamientos de la enfermedad, propios de cada sociedad o cultura, incluyendo la occidental. Cuando el término se aplica a todas las medicinas no biomédicas revela, al igual que la noción de medicinas indígenas, un carácter etnocéntrico.

La noción de *medicina intercultural*, muy utilizada en estrategias de intervención y en políticas públicas, abreva en la voluntad de tejer lazos entre las diferentes culturas. Tanto Teresa Mosquera Saravia como Catherine Walsh enfatizan las diferencias conceptuales entre multiculturalidad e interculturalidad. Mientras que el multiculturalismo “tiene sus raíces en países occidentales, en un

relativismo cultural que obvia la dimensión relacional y oculta la permanencia de desigualdades e inequidades sociales”, la interculturalidad es “un proceso y proyecto social y político dirigido a la construcción de sociedades, relaciones y condiciones de vida nuevas y distintas” (Walsh, 2008, p. 140). Sin embargo, Mosquera Saravia advierte sobre los peligros del uso de la noción de salud intercultural en las políticas públicas, señalando que “la interculturalidad se caracteriza por hacer referencia a la integración y convivencia; esta es la razón por la cual las políticas y estrategias dentro de un gobierno determinado se titulan como ‘programas o políticas interculturales’”, eludiendo interrogarse por las desigualdades de base (Mosquera Saravia, 2013, p. 48).

La noción de *tradicional*, por su parte, hace referencia a una larga duración y perdurabilidad en el tiempo, oponiéndose a “moderno” que connota “abierto al cambio”. El enfoque tradicional-culturalista en salud tiende a acercarse a formas actuales de la aculturación; con base en un respeto cultural que no incluiría a las medicinas, propone “promotores de salud” nativos que actúan como traductores del modelo de salud hegemónico. Estos modelos suelen proponer “mestizajes”, “asimilación” y “pertinencia cultural” (Veliz-Rojas *et al.*, 2019), aceptando la incorporación de elementos folclóricos para generar mayor cercanía a tratamientos biomédicos. Así, se permiten ornamentos, sahumados, rituales, es decir, todo aquello que cumpla una función simbólica admitiendo que podrían cumplir un papel psicoemocional, siempre que no interfiera con el tratamiento (Guatemala, 2011).

## Justificación de la posición pluralista

Las clasificaciones permiten, en primer lugar, dar existencia y reconocer la diversidad, un paso básico en el esquema pluralista que propugnamos. Desde inicios de la primera década de 2000 a la actualidad, la tematización del pluralismo médico ha alcanzado mayor visibilidad. Se han producido debates que, si bien no son muy generalizados, tienen repercusión en grupos específicos, especialmente en América Latina, para pueblos originarios que defienden el respeto cultural, lo cual implica sus sistemas médicos. Diversidad cultural y diversidad de paradigmas de salud van de la mano:

[...] sólo en las últimas décadas se ha comenzado a prestar una atención más seria a la necesidad de abordar la interculturalidad en el ámbito de la salud. Y esto es así no solo en América Latina. En todo el mundo parece haberse descubierto el pluralismo médico en los últimos años, a pesar de tratarse de un fenómeno estructural. Y es que, de hecho, la atención prestada al fenómeno del

pluralismo médico no ha corrido pareja con su importancia real entre la población (Perdiguero, 2006, p. 33).

El pluralismo médico —un hecho constatable, dice Perdiguero— se refirió originalmente a la coexistencia, en una misma sociedad, de sistemas médicos ajenos al oficial, basados en diferentes principios o cosmovisiones (Amzat & Razum, 2014). Perdiguero parece referirse aquí a lo que otros autores llaman complementariedad terapéutica, que involucra el recurrir a prácticas de salud que pertenecen a distintos sistemas médicos, incluyendo el biomédico. La complementariedad “implica la combinación frente a un mismo episodio de enfermedad de estrategias terapéuticas que se inscriben en distintas lógicas de comprensión de la salud y la enfermedad” (Saizar, 2016, pp. 27-28). Menéndez (2016) también verifica formas de complementariedad en la práctica de los propios especialistas; y nuestra propia etnografía en Guatemala también da cuenta de la insuficiencia de las clasificaciones abstractas para la vivacidad y mixtura en los procesos de cuidado de la salud.

De esta manera, entendemos que “mientras que la complementariedad terapéutica hace referencia a la combinación de medicinas y prácticas terapéuticas, el pluralismo médico refiere la oferta variada de posibilidades médicas y terapéuticas en una sociedad” (Saizar, 2016, p. 28). Pero, como también advierte Saizar, pluralidad de opciones no implica pluralismo médico ya que este último supone legitimidad y legalidad de las opciones (Avelín Cesco & Papalini, 2019).

Partiendo de entender que todos los sistemas médicos son, en alguna medida, estructuras plurales con relaciones de complementación y competencia, Charles Leslie indica que un proyecto de un único sistema médico global es impracticable:

Ningún sistema médico real alcanza este sueño. Aun en las naciones industriales más avanzadas, la calidad de la atención médica es variable, y el acceso difiere entre las poblaciones urbanas y rurales, en los diferentes estratos sociales y en los grupos étnicos. El costo de eliminar estas variaciones utilizando únicamente el conocimiento científico para satisfacer todas las necesidades es mayor del que la sociedad industrial más rica está dispuesta a pagar. En todas las sociedades, por tanto, es necesario hacer acuerdos en cuanto a la distribución de los recursos médicos (1980, p. 191. Traducción propia).<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> “No real medical systems realize this dream. In the most advanced industrial nations the quality of medical care is variable, and access to it differs among rural and urban populations, members of different social strata and ethnic groups. The cost of eliminating these variations by fully utilizing scientific knowledge to meet all needs is greater than the wealthiest industrial society is willing to pay. In all societies, therefore, compromises are necessarily made in allocating medical resources”.

De esta imposibilidad material y económica resulta la opción de las políticas de salud pluralistas, especialmente para los “países en desarrollo”, en los que las prácticas terapéuticas indígenas son fuertes y en los que “sacrificar la costosa planificación institucional proveniente de países industriales es cultural y económicamente inadecuado” (Leslie, 1980, p. 191. Traducción propia).<sup>5</sup> Como puede verse, al reconsiderar en un marco pluralista a las medicinas nativas antes ignoradas, desacreditadas y hasta perseguidas, Leslie no parece movido por una intención completamente desinteresada sino que añade consideraciones prácticas y económicas.

Bajo estos términos, evidentemente, la noción de pluralismo es objeto de debate y polémica (Baer *et al.*, 1997). En el contexto de crecimiento de las MAC, se sugiere hablar de “diversidad médica”. No obstante, creemos que este término entraña los mismos peligros que el multiculturalismo, en tanto el relativismo extremo evade la discusión sobre derechos (Kuper, 2001). El pluralismo no puede ser una excusa para restringir el acceso al sistema de salud biomédico.

En el otro extremo, los usos, saberes y creencias populares, así como los sistemas de cuidado del cuerpo no biomédicos (originarios, tradicionales, alternativos, complementarios y caseros), encuentran en gran medida resistencia por parte de las instituciones, o son tolerados en virtud de su eventual eficacia simbólica, pero no se les considera en cuanto a su potencial terapéutico. De hecho, sabemos poco de su eficacia. Estos prejuicios operan como verdaderos obstáculos epistemológicos y muestran los límites a la integración efectiva de la diversidad.

El problema, pues, no se limita a reconocer la diversidad existente, sino que demanda otorgarle valor y acordarle legalidad. Pero también —y queremos subrayar este sentido—, una posición pluralista como la que sostenemos supone una base mínima común de prestaciones de salud cuyo acceso y calidad estén garantizados a toda la población. La circunscripción cultural no debería actuar como una barrera que haga aquello que Leslie invocaba: medicina tradicional para los pobres, campesinos o “indígenas”; biomedicina cruda y dura para el conjunto de la población urbana; mixturas holísticas y biomédicas no invasivas y de vanguardia para los más adinerados. La pluralidad médica, en primer lugar, reclama la distinción entre medicinas, identificándolas a todas ellas. La diferencia entre la biomedicina y otras medicinas es solo un primer paso: estas “otras” no se engloban en un único campo indiscriminado cuya característica sea la diferencia con la medicina hegemónica, ni la primera constituye un estándar ideal contra el cual se evalúan todas las otras. El modelo del pluralismo

---

<sup>5</sup> “The immolation of costly institutional planning from industrial countries is culturally and economically inappropriate”.

supone que las prácticas de salud sean identificadas y valoradas separadamente y nominadas sin sesgos, por referencia al universo cultural al que pertenecen. En ese sentido, acordar estatuto legal a los diferentes sistemas médicos y prácticas terapéuticas, sin ser la solución definitiva, constituye un paso crucial. Su reconocimiento por parte del Estado no solo es importante a nivel simbólico, sino que también podría aportar recursos que contribuyan a consolidar su posición (Krpmotic, 2016, p. 21).

Esto no significa una separación y ausencia de diálogo o cruces, al contrario: tal actividad, en un marco de derechos igualitarios, hablaría de la vitalidad de las medicinas que no se cierran sobre sus paradigmas ni son piezas de museo (Alderete, 2004). Bajo la denominación de medicina integrativa, emergen complementaciones entre sistemas médicos o, al menos, entre el sistema biomédico y algunas prácticas propias de otras medicinas —en consonancia con un panorama donde sigue manteniendo una posición hegemónica—. Sin embargo, existen ejemplos de búsqueda de complementación bajo un modelo pluralista igualitario. La integración suele apuntar a completar la definición biopsicosocial de la salud con otros paradigmas, para acercarse a una concepción holística.

## Integración y pluralismo en América Latina. Debates y contexto

El debate presentado en torno a la incorporación de otras medicinas se registra en las legislaciones de algunos países, mientras que en otros apenas surge de la adhesión a pactos internacionales. Algunos de los países del panel que analizamos ilustran la tendencia a la integración. Brasil incorpora en su sistema de salud la noción de prácticas integrativas y complementarias, definiéndolas como aquellas que

buscan estimular los mecanismos naturales de prevención de enfermedades y recuperación de la salud a través de tecnologías efectivas y seguras, con énfasis en la escucha acogedora, el desarrollo del vínculo terapéutico y la integración del ser humano con el medio ambiente y la sociedad. Otros puntos compartidos por los diversos enfoques cubiertos en este campo son la visión ampliada del proceso de salud-enfermedad y la promoción global de la atención humana, especialmente el autocuidado (Brasil, 2006, anexo. Traducción nuestra).

Tanto el reconocimiento legal como las políticas de integración pueden referirse a la biomedicina y medicinas americanas, o a la biomedicina y las MAC. Mientras que las primeras encuentran posibilidad de una práctica circunscrita

a comunidades culturales y pueblos originarios, las MAC, que pueden o no tener reconocimiento total o parcial, son ofrecidas mayoritariamente en zonas urbanizadas y por usuarios sin una adscripción cultural específica. Así, los países que reconocen una población culturalmente diferenciada son más proclives a otorgar reconocimiento a sus medicinas que los que las ignoran. Por ejemplo, Perú posee una clara concepción de la medicina tradicional como patrimonio cultural de estos pueblos, con leyes y comisiones específicas que lo protegen, y una política sectorial de salud que establece la importancia de “reconocer e incorporar dichos saberes y tradiciones en salud que estas poblaciones han acumulado a lo largo de su existencia en nuestro sistema de salud, ya que muchos de estos conocimientos y prácticas pueden contribuir a ampliar y mejorar la atención de la salud del conjunto de la población” (Perú, 2016).

Por otro lado, las reglamentaciones en torno a las medicinas complementarias no se definen con base en criterios culturales sino en sus características paradigmáticas, entendiendo que buscan “alcanzar el bienestar biopsicosocial y espiritual del Ser Humano” basado en siete principios fundamentales: de conciencia, el holográfico, de bioenergía, de forma, el relacional, de equifinalidad y de integralidad (Perú, 2007, art. 6°).

La aprehensión holística de la salud puede incluir o excluir dimensiones según la cosmovisión examinada. Visiones como las del *sumak kawsay* no consideran a la salud como una cualidad individual separable de una vida plena —de hecho, en quechua no existe una palabra para nombrarla—, sino como consecuencia de desequilibrios y alteraciones macrosociales (Oviedo Freire, 2013; Acosta, 2013). A diferencia del paradigma biomédico, que excluye dimensiones trascendentes o metafísicas (espíritu, creencias) y biosistémicas, esta cosmovisión afirma que “las alteraciones de esas interconexiones entre seres vivos, la ruptura de la red de la vida, sólo producen enfermedad, devastación y muerte, pues hay una relación íntima entre la salud humana y la salud de todo el planeta” (Quizhpe Peralta & Calle Heras, 2012, p. 23).

Tanto Bolivia como Ecuador establecen en sus Constituciones nacionales la noción del buen vivir: *suma qamaña* o *sumak kawsay*, respectivamente,<sup>6</sup> como principio rector de ambos Estados. La cosmovisión indígena no queda reducida —al menos en el plano legal— a políticas específicas para los pueblos originarios, sino que permea todas las políticas públicas y normativas estatales.

En el caso de Ecuador, la Ley orgánica de salud no. 67 se pliega a la definición de la OMS —aunque sin citar a este organismo— en lo general, pero agrega que es un derecho humano y “el resultado de un proceso colectivo de

---

<sup>6</sup> El primero corresponde al aymara y el segundo al quechua. Aunque tienen diferencias, suelen traducirse como *buen vivir* en tanto coinciden en una visión de cuidado y comunión con la Tierra y los demás.

interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables” (Ecuador, 2006, art. 3°).

La normativa de este país propone una definición de salud amplia e incorpora las medicinas alternativas y las tradicionales. Mientras que las primeras, que también denomina *complementarias*, las define como “el conjunto de medicinas científicamente comprobadas, ejercidas por profesionales médicos, con título de cuarto nivel en la materia y reconocidas por la autoridad sanitaria nacional” (Ecuador, 2014, art. 7); a las tradicionales las define como

el conjunto de conocimientos y prácticas ancestrales de las nacionalidades, pueblos, comunidades indígenas, mestizas y afro descendientes que a lo largo del tiempo han constituido un saber específico, mantenido y difundido en un contexto cultural, de interrelación de elementos naturales, éticos, espirituales, mentales, psicológicos y afectivos y que se explica y funciona en ese mismo universo cultural (Ecuador, 2006, art. 259°).

En el caso de Bolivia, la Ley N° 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, con sus posteriores modificaciones, incluye la interculturalidad entre sus principios. Más específicamente, la ley de medicina ancestral retoma la Constitución para establecer una serie de principios que deben guiar el ejercicio de la medicina tradicional. Así, al principio de *suma qamaña* se le añaden otros concernientes a la honestidad, la reciprocidad, el equilibrio y el trabajo comunitario. La medicina tradicional ancestral boliviana se define como:

un conjunto de conceptos, conocimientos, saberes y prácticas milenarias ancestrales, basadas en la utilización de recursos materiales y espirituales para la prevención y curación de las enfermedades, respetando la relación armónica entre las personas, familias y comunidad con la naturaleza y el cosmos, como parte del Sistema Nacional de Salud (Bolivia, 2013, art. 5°).

En la misma línea, Colombia utiliza el concepto *salud propia* para hablar de las medicinas de los pueblos indígenas. En el Decreto N° 1953, que crea entre otras cosas el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), define la salud propia como “la armonía y el equilibrio de acuerdo con la cosmovisión de cada pueblo indígena, resultado de las relaciones de la persona consigo misma, con la familia, la comunidad y el territorio. Comprende procesos y acciones orientados al fomento, protección y recuperación de la salud” (Colombia, 2014, art. 76°).

Distinto al caso de Ecuador, el criterio de diferenciación paradigmática se mantiene en la definición colombiana de medicinas y terapias alternativas, de las que señala que son: “aquellas técnicas prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano con el objeto de promover, prevenir, tratar y rehabilitar la salud de la población desde un pensamiento holístico” (Colombia, 2007, art. 19).

La expresión pluralista en medicina es en cambio ajena a la legislación argentina. El país no ha promulgado leyes específicas para medicinas tradicionales ni alternativas o complementarias, aunque se adhiere nominalmente tanto a las pautas establecidas por la OMS sobre la medicina tradicional indígena (Argentina, 1985) como al convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). En la práctica, la aplicación de estas pautas es excepcional.<sup>7</sup>

Es de destacar, entonces, el papel que ese organismo internacional cumple en América Latina. El proceso de reconocimiento y regulación de la pluralidad médica en la región no puede pensarse sino ligado a un contexto más amplio, en el que las organizaciones internacionales jugaron y juegan un rol fundamental. El nivel de regulación alcanzado en la actualidad es fruto de discusiones de larga data, centradas especialmente en el reconocimiento de las medicinas de los pueblos americanos, indígenas, tradicionales o ancestrales y sus mixturas con medicinas africanas. La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, en 1978, se constituyó en un hito a partir del cual el papel de estos sistemas médicos comenzó a ponerse en discusión,<sup>8</sup> poniendo especial énfasis en la atención primaria. Una década después, en 1989, se firmó el Convenio N° 169 sobre pueblos indígenas y tribales de la OIT. Este convenio, además de reconocer a nivel general el derecho de los pueblos indígenas respecto a su identidad cultural y protección de su integridad, establece que:

Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales (OIT, 1989, art. 25°).

---

<sup>7</sup> Un ejemplo de esta adhesión abstracta es la creación del hospital intercultural de Ruca Choroy (Neuquén), expresión integrativa de biomedicina y medicina mapuche. Sin embargo, a pesar de haber sido construido y equipado, nunca recibió los recursos para la contratación del personal de salud.

<sup>8</sup> Si bien Bolivia despenalizó la medicina tradicional incluso antes de esta Conferencia, convirtiéndose en el primer país en América Latina y el Caribe en hacerlo (Quispe & Loza, 2014), el cambio en la Constitución Nacional y las políticas regulatorias vinieron recién con el nuevo milenio.

No obstante, fueron los movimientos indígenas que cobraron fuerza en la década de 1990 los que impulsaron avances a nivel gubernamental y normativo en la región. A partir de 1991, los diferentes países analizados en este artículo ratificaron el convenio de la OIT, y en 1996 se firmó un acuerdo entre la Organización Panamericana de la Salud y el Parlamento Indígena de las Américas que estipulaba la preparación de una agenda legislativa para las políticas de salud y la producción de leyes que protegieran las tradiciones indígenas. Ya en el nuevo milenio, la creación en 2005 de la Comisión Andina de Salud Intercultural (un organismo asesor de los ministerios de salud) se constituyó en un hito importante que “ha influido, en mayor o menor medida, en los servicios de salud de toda la región de las Américas” (Campos Navarro, 2017, p. 70).

En la misma línea, la OMS publicó en 2002 la “Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005”. Aunque en el contexto latinoamericano el término “medicina tradicional” suele referirse a sistemas médicos indígenas o locales, este documento de la OMS abarca también bajo esta denominación a las medicinas de raigambre oriental —conocidas en Latinoamérica como alternativas y complementarias— en tanto son “tradicionales” de sus países de origen.

Dicho documento clasifica los desafíos del área en cuatro grandes categorías: *i*) política nacional y marcos de trabajo legislativos, *ii*) seguridad, eficacia y calidad, *iii*) acceso y *iv*) uso racional. En la primera categoría enumera “elementos clave a incluir en una política nacional sobre MT/MCA” (OMS, 2002, p. 23), entre los que se hallan la legislación y regulación de productos con base de hierbas; la educación, formación y licencia para los proveedores; investigación y desarrollo, y los temas sobre propiedad intelectual. Luego de esta publicación, Brasil, Ecuador y Argentina dictaron resoluciones respecto a las MAC, con diferentes alcances. La ley de medicina tradicional ancestral boliviana promulgada en 2013, si bien no menciona a la OMS explícitamente, expone varios de los puntos recomendados por este organismo, como la atención a los derechos de propiedad intelectual y a los recursos naturales utilizados.

En cuanto a las MAC, el proceso de reconocimiento y normativización en la región comenzó en su gran mayoría en la primera década del nuevo milenio.<sup>9</sup> Nuevamente, el contexto internacional marcó el paso. El ascenso de India como actor internacional de peso a principios del milenio y la asunción de Narendra Modi como primer ministro en 2014 trajo consigo un impulso del yoga, el ayurveda y el budismo, utilizados por este país como recursos para incrementar

---

<sup>9</sup> Perú fue precursor en este sentido; en 1998 creó el programa nacional de medicina complementaria. En el mismo año, Colombia dictó la resolución N° 2927, que reglamenta la práctica de terapias alternativas en la prestación de servicios de salud y establece normas técnicas, científicas y administrativas.

su *soft power* (Mazumdar, 2018). La política de China al respecto se ha enfocado más en la extensión del idioma y en los institutos de confucianismo con más interés en las relaciones internacionales que en la generalización de su sistema médico; sin embargo, y a colación de la pandemia del coronavirus, ofreció su medicina como tratamiento alternativo.

## Conclusión

Las normativas relativas a las medicinas existentes en los territorios latinoamericanos examinados pueden agruparse en tres grupos: 1) Ecuador y Bolivia reconocen, dentro de una política de reivindicación identitaria americana, las medicinas tradicionales y ancestrales americanas. En Ecuador, este reconocimiento a nivel de la Constitución no tiene un correlato tan fuerte en normativas y regulaciones operativas, pero a cambio incluye las medicinas complementarias. 2) Perú, Colombia y Brasil regulan tanto las medicinas tradicionales como las MAC. En Brasil y Colombia, se admiten —al menos en la normativa— integraciones entre sistemas. El caso de Brasil es el más innovador y abarcador en ese sentido. 3) Argentina es la que menos se interesa por este reconocimiento; existen algunas regulaciones generales nacionales para pueblos originarios pero, dado que el tema es competencia de las provincias, la legislación varía mucho dentro de su territorio. Respecto de las MAC, se reconocen la acupuntura y la homeopatía. Los proyectos presentados para regular e incorporar estas medicinas no fueron tratados por el Congreso y perdieron estado parlamentario. Evidentemente, el interés es escaso.

La medicina indígena es vista y regulada en términos de derecho a la cultura de determinados grupos étnicos y como patrimonio cultural inmaterial o saberes a resguardar. Las medicinas y terapias alternativas y complementarias, en contraste, son vistas en su complejidad, reguladas muchas veces por separado y pensadas en términos de prevención o paliativo. Es decir, mientras las normativas de medicinas tradicionales apuntan a proteger el derecho de determinadas comunidades, frente a las MAC se tiende a regular y estandarizar su práctica, en muchos casos subsumiéndolas a la biomedicina.

Salvo una excepción observada en Ecuador, ni las legislaciones ni los organismos consultados definen la biomedicina sino que se la asume como un estándar frente al cual las demás son “otras”. Sostener una posición pluralista implica una mirada desnaturalizadora también en este punto. El pluralismo médico como lo proponemos puede resultar una noción de política sanitaria que designe un principio democrático en donde diferentes paradigmas de salud sean igualmente legales y legítimos.

Se trata de una ampliación de los alcances de las democracias, pero desde una lectura crítica: el pluralismo muchas veces se refiere a prácticas entre las cuales los sujetos, considerados en forma abstracta, parecen elegir. Desde una perspectiva sociocultural, tales agentes abstractos no existen, pertenecen a grupos culturales y a clases sociales, están inscritos en universos simbólicos y sociales. El acceso a distintas medicinas no implica solo la disponibilidad, sino también la capacidad económica de los usuarios y el imaginario relativo a aquello potencialmente asequible. Una posición pluralista parte de establecer criterios de validez no apriorísticos y no derivados de las características de las terapéuticas y su valor entre los grupos que la practican, desde un punto de partida no etno ni sociocéntrico.

## Referencias

- Acosta, A. (2013). *El buen vivir*. Barcelona: Icaria.
- Alderete, E. (2004). *Salud y pueblos indígenas*. Quito: Abya-Yala.
- Amzat, J., & Razum, O. (2014). *Medical Sociology in Africa*. Nueva York: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-03986-2>
- Argentina. (1985). *Ley N° 23302 sobre Política Indígena y apoyo a las Comunidades Aborígenes*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/23790/norma.htm>
- Aparicio Mena, A. (2005). La medicina tradicional como medicina ecocultural. *Gazeta de Antropología*, (21). <https://doi.org/10.30827/Digibug.7181>
- Avelín Cesco, M. J., & Papalini, V. (2019). “Hemos nacido sanando”. Pluralismo médico y prácticas de salud huarpe. *Scripta Ethnologica*, *XLI*, 42-67.
- Babini, J. (2000). *Historia de la medicina*. Barcelona: Gedisa.
- Baer, H., Singer, M., & Susser, I. (1997) *Medical Anthropology and the World System: Critical Perspectives*. West Port, Connecticut: Bergin & Garvey.
- Bodeker, G., & Kronenberg, F. (2002). A Public Health Agenda for Traditional, Complementary, and Alternative Medicine. *American Journal of Public Health*, *92*(10), 1582-1591. <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.10.1582>
- Bolivia. (2013). *Ley N° 459, 19 de diciembre de 2013. Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana*. <https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/normativa/ley-459-edicin-596nec.pdf>

- Brasil. (2006). Portaria nº 971, de 3 de Maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. [http://www.cff.org.br/userfiles/38%20-%20BRASIL\\_%20MINIST%C3%89RIO%20DA%20SA%C3%9ADE\\_%20Portaria%20n%C2%BA%20971,%20de%2003%20de%20maio%20de%202006\\_.pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/38%20-%20BRASIL_%20MINIST%C3%89RIO%20DA%20SA%C3%9ADE_%20Portaria%20n%C2%BA%20971,%20de%2003%20de%20maio%20de%202006_.pdf)
- Campos Navarro, R. (2017). Veinticinco años de políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en la región andina. Una aproximación a los casos de Chile, Bolivia y Venezuela (1990-2015). *Boletín Americanista*, 1(74), 69-89.
- Colombia. (2014). *Decreto 1953*, de 7 de octubre. Ministerio del Interior. <https://www.mininterior.gov.co/la-institucion/normatividad/decreto-1953>
- Colombia. (2007). *Ley 1164 de 2007*. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf)
- De Sousa Santos, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo: Trilce.
- Ecuador. (2014). Acuerdo ministerial 5001/ 2014. Reglamento que Regula el Ejercicio de los Profesionales Especialistas en Medicinas Alternativas. Segundo Suplemento del Registro Oficial N° 317, 22 de agosto. Ministerio de Salud Pública.
- Ecuador. (2006). *Ley orgánica de salud N° 67*. 22 de diciembre. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Engel, G. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Genest, S. (1978). Introduction à l'ethnomédecine. Essai de synthèse. *Anthropologie et Sociétés*, 2(3), 5-28.
- Guatemala. (2011). *Normas con pertinencia cultural ...hacia la interculturalidad*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. [https://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=570-2011-normas-con-pertinencia-cultural&category\\_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=518](https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=570-2011-normas-con-pertinencia-cultural&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=518)
- Idoyaga Molina, A. (2005). Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual. *Scripta Ethnologica*, XXVII, 111-147.

- Idoyaga Molina, A. (1999). El simbolismo de lo cálido y lo frío. Reflexiones sobre el daño, la prevención y la terapia entre los criollos de San Juan (Argentina). *Mitológicas*, XIV, 7-27.
- Idoyaga Molina, A. (1997). Refigurando el shamanismo. Experiencias neoshamánicas en el área metropolitana. En *Folklore latinoamericano* (Tomo 1, pp. 433-448).
- Idoyaga Molina, A. (1994). La misionización y el surgimiento de nuevas formas terapéuticas y culturales. *Antropológica*, 12(12), 133-158.
- Kleinman, A. (2013). From illness as culture to caregiving as moral experience. *New England Journal of Medicine*, (368), 1376-1377. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1300678>
- Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Society, Science & Medicine*, 12, 85-95. [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(78\)90014-5](https://doi.org/10.1016/0160-7987(78)90014-5)
- Krmpotic, C. (2016). Cuidar la salud en lo diverso. Medicina multicultural como un fenómeno de larga duración. En C. Krmpotic & M. M. Saizar (Eds.), *Políticas socio-sanitarias y alternativas terapéuticas* (pp. 17-24). Buenos Aires: Espacio.
- Kuper, A. (2001). *Cultura. La versión de los antropólogos*. Barcelona: Paidós.
- Leslie, C. (1980). Medical pluralism in world perspective. *Social Science & Medicine*, 14(4), 191-195. [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(80\)90044-7](https://doi.org/10.1016/0160-7987(80)90044-7)
- Mazumdar, A. (2018). India's soft power diplomacy under the Modi administration: buddhism, diaspora and yoga. *Asian Affairs*, 49(3), 468-491. <https://doi.org/10.1080/03068374.2018.1487696>
- Menéndez, E. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde coletiva*, 21(1), 109-118. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En R. Campos Navarro (Comp.), *La antropología médica en México* (pp. 97-113). México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. En *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud* (pp. 451-464). Buenos Aires.
- Menéndez, E. (1981). *Poder, estratificación y salud*. México: CIESAS.
- Meneses, M. P. (2004). Quando não há problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada: para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas. En B. de Sousa Santos &

- T. Cruz e Silva (Comps.), *Moçambique e a reinvenção da emancipação social* (pp. 77-110). Maputo: Centro de Formação Jurídica e Judiciária.
- Mosquera Saravia, M. T. (2013). Lecturas necesarias para las políticas multiculturales de salud en Guatemala. *Estudios Interétnicos*, (24), 44-72.
- Mosquera Saravia, M. T. (2006). *Lógicas y racionalidades: entre comadronas y terapeutas tradicionales*. Guatemala: IDEI-USAC.
- Navarro-Pardo, E. (2015). ¿Por qué nos interesan las Zonas Azules?. En R. Pocinho, V. Nuno Anjos, & P. Belo (Coords.), *Conversas de psicología e do envelhecimento Ativo* (pp. 77-91). Coimbra: Euedito.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). *Estrategia de la OMS para la medicina tradicional 2002-2005*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67314/WHO\\_EDM\\_TRM\\_2002.1\\_spa.pdf;jsessionid=5542B9F0BF11720EEE66C2CF0249DA70?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67314/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf;jsessionid=5542B9F0BF11720EEE66C2CF0249DA70?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66783/WHO\\_EDM\\_TRM\\_2000.1.pdf;jsessionid=C434B5BFD69FDA5176FE C48E81E0D523?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66783/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf;jsessionid=C434B5BFD69FDA5176FE C48E81E0D523?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1946). Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional. En *Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud*. Nueva York, 19-22 de junio.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1989). *Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales*. [https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:C169](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C169)
- Oviedo Freire, A. (2013). *Buen vivir versus sumak kawsay. Reforma capitalista y revolución alternativa*. Buenos Aires: Ciccus.
- Perdiguero, E. (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. En G. Fernández-Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 33-49). Quito: Abya-Yala.
- Perú. (2016). *Decreto Supremo N° 016-2016-MS. Aprueban la Política Sectorial de Salud Intercultural*. 2 de abril. Ministerio de Salud. [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/193758/192483\\_DS\\_016-2016-SA.pdf20180904-20266-1vn5yiu.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/193758/192483_DS_016-2016-SA.pdf20180904-20266-1vn5yiu.pdf)
- Perú. (2007). *Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N°55*, 20 de septiembre. [https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000002860\\_pdf.pdf](https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000002860_pdf.pdf)

- Quispe, W., & Loza, C. (2014). Medicinas tradicionales andinas y su despenalización: entrevista con Walter Álvarez Quispe. *História, Ciências, Saúde*, 21(4), 1475-1486. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000400012>
- Quizhpe Peralta, A., & Calle Heras, K. (2014). *Sumak Kawsay y salud*. Cuenca: ReAct.
- Saizar, M. M. (2016). De la censura a la complementariedad domesticada. Reflexiones en torno a los modos de vinculación de la biomedicina con otras medicinas. En C. Krmpotic & M. M. Saizar (Eds.), *Políticas socio-sanitarias y alternativas terapéuticas* (pp. 25-42). Buenos Aires: Espacio.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Vargas, L. (2000). Acerca de la longevidad de los seres humanos. Aspectos históricos de expectativas de vida y muerte natural. *Natura Medicatrix*, (59), 21-25.
- Veliz-Rojas, L., Bianchetti-Saavedra, A., & Silva-Fernández, 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). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00120818>
- Walsh, C. (2008). Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado. *Tabula Rasa*, (9), 131-152. <https://doi.org/10.25058/20112742.343>
- Zolla, C. (2011). Del IMSS-Coplamar a la experiencia del Hospital Mixto de Cuetzalan. Diálogos, asimetrías e interculturalidad médica. En A. Argueta Villamar, E. Corona, & P. Hersch Martínez (Coords.), *Saberes colectivos y diálogo de saberes en México* (pp. 201-231). México: UNAM.
- Zolla, C. (1988). *Medicina tradicional y enfermedad*. México: CIESS.