

Reflexiones sobre medicina tradicional en Latinoamérica y el Caribe

Reflections on traditional medicine in Latin America and the Caribbean

Suleidys Reinoso-Odio^{1a}, Yordanis Arias-Barthelemy^{2b}, Sandra Caridad Laurencio-Vallina^{1c}, Yanay Pérez-Pérez^{2d}

Resumen

La presente dialógica busca problematizar sobre la pertinencia y las implicaciones de denominar *medicina* a los sistemas de conocimiento y prácticas conocidas como medicina ancestral, complementaria, natural y tradicional en el contexto de América Latina y el Caribe. La actual reflexión se apoyó en los métodos reflexivo-analítico y el constructivo-interpretativo y está verticalizada por el paradigma filosófico de la hermenéutica. Se identifica un espectro de convergencias pragmáticas con la biomedicina (integración en servicios y búsqueda de evidencia), pero divergencias en la concepción de la relación entre cuerpo, salud, enfermedad, medio ambiente y la validación del conocimiento. La región latinoamericana y caribeña muestra avances normativos, aunque persisten desafíos en la implementación intercultural y el reconocimiento equitativo. Se evidencia una tensión de poderes y la integración efectiva requiere superar modelos asimilacionistas, por lo que es necesario adoptar la interculturalidad como principio operativo, desarrollar metodologías de investigación mixtas y garantizar un diálogo de saberes que respete la justicia cognitiva y la soberanía sanitaria en todos los espacios.

Abstract

This dialogue seeks to problematize the relevance and implications of calling *medicine* the systems of knowledge and practices known as ancestral, complementary, natural, and traditional medicine in the context of Latin America and the Caribbean. The current reflection is based on reflective-analytical and constructive-interpretive methods and is guided by the philosophical paradigm of hermeneutics. A spectrum of pragmatic convergences with biomedicine is identified (integration into services and the search for evidence), but divergences in the conception of the relationship between body, health, disease, environment, and the validation of knowledge. The Latin American and Caribbean region shows normative progress, although challenges persist in intercultural implementation and equitable recognition. Power tensions are evident and effective integration requires overcoming assimilationist models, which is why it is necessary to adopt interculturality as an operational principle, develop mixed research methodologies, and guarantee a dialogue of knowledges that respects cognitive justice and health sovereignty in all spaces.

¹Hospital Dr. Joaquín Castillo Duany, Servicio de Medicina Natural y Tradicional. Santiago de Cuba, Santiago de Cuba, Cuba

²Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Facultad # 2, Departamento de Posgrado. Santiago de Cuba, Santiago de Cuba, Cuba

ORCID: 0000-0001-8302-6238^a, 0000-0003-4178-7121^b, 0009-0008-8993-063X^c, 0000-0002-9884-7458^d

Palabras clave

Practicantes de la Medicina Tradicional
Sistemas Médicos Complejos Tradicionales
Terapias Complementarias
Epistemología
Medicina Integrativa

Keywords

Traditional Medicine Practitioners
Traditional Complex Medical Systems
Complementary Therapies
Epistemology
Integrative Medicine

Fecha de recibido: 27/01/2026

Fecha de aceptado: 28/04/2026

Comunicación con:

Suleidys Reinoso Odio

 reinososule@gmail.com

 + 53 5452 8064

Cómo citar este artículo: Reinoso-Odio S, Arias-Barthelemy Y, Laurencio-Vallina SC, *et al.* Reflexiones sobre medicina tradicional en Latinoamérica y el Caribe. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2026; 64(5):e7192. doi: 10.5281/zenodo.21462867

Introducción

En el panorama diverso de la salud en Latinoamérica y el Caribe, la búsqueda del bienestar y el alivio del padecimiento se entrelazan con un matiz de pluralidad en el sistema del conocimiento sanitario. Junto al modelo¹ biomédico que hasta la actualidad es hegemónico en las instituciones de salud, se revitalizan un conjunto de prácticas y saberes agrupados bajo términos como medicina ancestral, tradicional, complementaria o natural.

Esta realidad del pluralismo salubrista no es un mero dato anecdótico; constituye un hecho sociosanitario de magnitud que involucra a millones de personas, especialmente aquellas de bajos recursos pertenecientes a pueblos indígenas, comunidades afrodescendientes y poblaciones rurales.

Vallejo *et al.*² estiman que en países como Bolivia, Perú y Guatemala más del 70% de la población indígena recurre a sistemas médicos tradicionales como primera opción de atención, lo que pone en evidencia la vigencia y relevancia de estos saberes en la vida cotidiana de amplios sectores poblacionales. En otro contexto, aquellos que entienden que lo natural sigue siendo la primera opción por encima del dinero.

La pregunta central que motiva y trasciende lo semántico para adentrarse en lo epistemológico es: ¿hasta qué punto es pertinente llamar “medicina” a todos estos conjuntos de saberes y prácticas de la medicina ancestral, tradicional, complementaria o natural? Responderla implica desentrañar los constructos que subyacen a cada término, comprender las estructuras de poder y sanitarias que los jerarquizan y que controlan sus implicaciones para la salud en esta parte del mundo.

Esta interrogante cobra particular relevancia en un contexto donde las políticas de integración de las medicinas tradicionales han sido promovidas desde organismos internacionales, pero su implementación enfrenta resistencias estructurales derivadas de visiones epistemológicas excluyentes que descalifican todo conocimiento que no se ajuste al canon científico hegemónico.³

Los miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han reconocido desde hace décadas la importancia de estos sistemas y han promovido su integración segura y basada en evidencia.^{4,5} Su nueva Estrategia Global⁶ sobre Medicina Tradicional 2025-2034 marca un hito al adoptar el término *medicinas tradicionales, complementarias e integrativas*, enfatizando la generación de evidencia y la integración en los sistemas de salud. En paralelo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha liderado

consultas regionales para adaptar esta estrategia al contexto latinoamericano y ha destacado la centralidad de la interculturalidad.

Se propone desde la perspectiva de la salud pública y lo epistemológico problematizar esta terminología y sus ramificaciones. Latinoamérica y el Caribe están marcados por profundas desigualdades socioeconómicas, a pesar de sus riquezas culturales. Definir en esta región a qué se le llama medicina tiene consecuencias directas en la política sanitaria, la asignación de recursos, la regulación profesional y la seguridad de los pacientes, y el respeto a los derechos culturales colectivos se merece ser analizado con perspicacia.

En las últimas 2 décadas, el enfoque Una Salud (*One Health*) ha ganado prominencia en la agenda sanitaria global. Se define como “un enfoque integrado y unificador que busca equilibrar y optimizar la salud de las personas, los animales y los ecosistemas”. Este marco reconoce la interdependencia fundamental entre estas dimensiones.

La convergencia entre el enfoque Una Salud y las cosmovisiones indígenas ha sido objeto de creciente interés académico: Rivero *et al.*⁷ y Alders y Vale⁸ abordan con cierta independencia las dimensiones humana, animal y ambiental. Destacan la salud humana como eje rector de las políticas sanitarias. Parten de que priorizar la salud humana no implica descuidar los ecosistemas o la salud animal, sino reconocer que las intervenciones en estos ámbitos deben de estar orientadas en última instancia al bienestar de las personas. Su enfoque direccionado a la ética y política clara deja por sentado que la salud como derecho fundamental de las personas debe de estar en armonía con su entorno natural y social.

Cediel-Becerra *et al.*⁹ señalan que “la biodiversidad y la diversidad cultural no pueden disociarse de la administración que los pueblos indígenas hacen de sus recursos naturales”, lo que sugiere que las prácticas de salud ancestrales contienen, de manera implícita, los principios que el enfoque Una Salud busca restablecer en la agenda global. No obstante, persiste el desafío de traducir estos principios en políticas públicas que reconozcan la autonomía de los sistemas médicos tradicionales sin subordinarlos a los marcos interpretativos de la biomedicina.¹⁰

Este manuscrito tiene el objetivo de analizar la pertinencia de denominar “medicina” a los sistemas de conocimiento y práctica conocidos como medicina ancestral, complementaria, natural y tradicional en el contexto de América Latina y el Caribe.

Desarrollo

La actual dialógica se apoyó en los métodos reflexivo-analítico y constructivo-interpretativo, verticalizados mediante el paradigma filosófico de la hermenéutica. Lo primero sería develar las categorías como definiciones en análisis, medicina tradicional, medicina natural, medicinas complementarias e integrativas y la medicina científica o biomedicina.

Definiciones en análisis

El primer paso es desagregar léxicos a menudo utilizados de manera intercambiable, pero que encierran diferencias sustanciales.

1. Medicina ancestral o indígena

La llamada *medicina ancestral o indígena* hace referencia a sistemas de conocimiento holísticos y complejos, desarrollados, sostenidos y transmitidos de generación en generación por pueblos indígenas.¹ Su característica definitoria es su raíz cosmovisiva: la salud y la enfermedad son fenómenos que no pueden separarse del equilibrio con la naturaleza, ya sea el territorio, la comunidad y el mundo espiritual. Para los practicantes no es un simple “conjunto de remedios”, sino un sistema médico-cultural completo. El adjetivo “ancestral” subraya la profundidad histórica y la legitimidad cultural, pero puede conllevar un riesgo de folklorización si se interpreta como un saber estático, con el que se ignora su dinamismo y capacidad de adaptación.

2. Medicina tradicional

Medicina tradicional es el término paraguas utilizado por la OMS, definido como “la suma total de conocimientos, habilidades y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de diferentes culturas, sean o no explicables; utilizados en el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnóstico, mejora o tratamiento de enfermedades físicas y mentales”.^{4,11,12}

3. Medicina complementaria y alternativa

También denominada como *medicinas complementarias*, esta es una categoría definida por oposición y relación con el sistema dominante. Incluye un conjunto diverso de prácticas (acupuntura, homeopatía, quiropráctica, fitoterapia, herbolario, ozonoterapia y algunas terapias mente-cuerpo entre otras) que se utilizan junto a (complementaria) o en lugar de (alternativa) en relación con la biomedicina convencional.¹³

Su definición no es intrínseca, sino que depende de su posición dentro de un sistema de salud dado. Es un término común en entornos académicos y clínicos de alto ingreso económico, pero que puede resultar ajeno o reduccionista para describir sistemas médicos indígenas completos.

4. Medicina natural

Medicina natural es el término de gran popularidad que enfatiza el uso de recursos considerados “naturales” (plantas, agua, alimentos, sol). Sin embargo, es altamente ambiguo, dado que puede referirse a aplicaciones tradicionales de la herbolario o a movimientos modernos de naturismo y autocuidado que a menudo están desvinculados de un contexto cultural específico. Su principal riesgo es alimentar una falacia naturalista (asumir que lo natural es inherentemente bueno, seguro y opuesto a lo químico o artificial), y oscurecer la sofisticación teórica y ritual de muchas medicinas tradicionales, a las que reducen a su mera dimensión material.

5. Medicina científica o biomedicina

La *medicina científica/biomedicina* se refiere al sistema médico dominante a nivel global, basado en los paradigmas^{14,15} de las ciencias biológicas naturales. Su fundamento es el método científico-experimental, la verificación a través de la evidencia epidemiológica y clínica (con el ensayo controlado aleatorizado como estándar de oro), y una concepción del cuerpo como una entidad biológica material, susceptible de ser analizada de forma reduccionista en sistemas y órganos. Su fortaleza es la capacidad de estandarización o invalidación y generalización de los tratamientos.

Puntos de encuentro

La relación entre la medicina tradicional y la biomedicina no es de coexistencia neutral, sino que se trata de un campo de tensión, diálogo y potencial complementariedad que tiene puntos de convergencia praxiológicos. Un propósito compartido a nivel pragmático es el alivio del sufrimiento y la búsqueda del bienestar del ser humano. Esta meta común permite colaboraciones concretas, aunque los significados últimos de “salud” y “curación” puedan ser radicalmente distintos entre un paradigma biomédico y uno holístico-relacional.¹

Más allá de este propósito compartido, en los últimos años se han documentado experiencias de colaboración que trascienden la simple coexistencia. En comunidades

indígenas de la Amazonía peruana, por ejemplo, durante la pandemia de COVID-19 se articularon equipos mixtos conformados por personal biomédico y practicantes tradicionales, los cuales lograron una reducción significativa de la letalidad en comparación con territorios donde esta articulación no se produjo.¹⁶ Este tipo de experiencias demuestran que cuando se superan las lógicas de subordinación y se construyen espacios de diálogo horizontal los resultados en salud pueden ser notablemente superiores.¹⁷

Asimismo, la integración en servicios de salud formales avanza en la región, como lo muestran el modelo de EsSalud en Perú¹⁸ y el Programa Nacional de Medicina Natural y Tradicional de Cuba.¹⁹ El modelo cubano es paradigmático al establecer desde la política de estado un marco regulatorio que distingue y promueve el uso de aquellas terapias naturales y tradicionales con un grado de evidencia científica aceptado, e integrarlas de manera formal y protocolizada dentro del Sistema Nacional de Salud. Estos esfuerzos se alinean con el llamado de la Declaración de Astana a fortalecer la atención primaria de salud con enfoques integrales.²⁰

En Brasil, la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias (PNPIC) es otro referente regional por su cobertura en el sistema público de salud, dado que ofrece actualmente 29 prácticas que incluyen medicinas tradicionales como el ayurveda, la medicina tradicional china y las terapias de pueblos originarios.²⁰ Sin embargo, estudios evaluativos señalan que, a pesar de los avances normativos, la implementación efectiva en territorios indígenas enfrenta barreras relacionadas con la formación del personal de salud, la insuficiente participación de las comunidades en la gestión y la persistencia de modelos asistenciales de carácter monocultural.^{21,22}

Finalmente existe un potencial de complementariedad en el manejo de la cronicidad y la promoción de la salud. La biomedicina es altamente eficaz en patologías agudas y quirúrgicas. Muchas medicinas tradicionales, complementarias e integrativas, con su enfoque más holístico y menos invasivo, centrado en el autocuidado y el estilo de vida, ofrecen herramientas valiosas para el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles (como la hipertensión arterial, o el dolor crónico) y para la promoción de la salud mental y el bienestar, áreas en las que el enfoque biomédico a veces encuentra límites.

Carrillo y Márquez²³ realizaron una investigación en México y Colombia y en ella afirmaron que la incorporación de saberes tradicionales en programas de manejo de la diabetes mellitus tipo 2, bajo modelos de atención intercultural, ha logrado mejoras significativas en la adherencia terapéutica y en la percepción de bienestar de los pacientes, lo cual

ha superado los resultados obtenidos con intervenciones exclusivamente biomédicas. Estos hallazgos sugieren que la integración no solo es posible, sino que puede ser más efectiva cuando se respetan las tradiciones culturales de los usuarios.

Divergencia epistemológica

La brecha paradigmática fundamental radica en una divergencia²⁴ más profunda que no es técnica, sino epistemológica y ontológica. La medicina científica se asienta en un paradigma materialista, reduccionista, objetivista y basado en la causalidad lineal. Busca mecanismos generales y leyes universales. En contraste, muchas medicinas tradicionales/ancestrales operan desde paradigmas holísticos, vitalistas (que reconocen una energía o principio vital) y relacionales.

La enfermedad puede entenderse como un desequilibrio entre la persona y su entorno o el mundo espiritual. El conocimiento aquí es contextual, narrativo y experiencial. Para estos sistemas, la eficacia o evidencia no reside únicamente en un indicador bioquímico, sino en la restauración percibida del equilibrio y el bienestar integral del individuo, validada por la comunidad a lo largo del tiempo.

Kaqchikel y Otzoy desarrollaron esta divergencia para descolonizar los saberes y argumentaron que el paradigma científico occidental no es el paradigma de la ciencia, sino uno entre muchos, y que los sistemas de conocimiento de los pueblos originarios contienen desarrollos epistemológicos sofisticados que merecen ser estudiados en sus propios términos, no como versiones deficientes de la ciencia hegemónica. Desde esta mirada, la tensión entre sistemas no es una cuestión de mayor o menor desarrollo, sino de diferencias radicales en la forma de concebir la realidad, el cuerpo, la vida y la muerte.²¹

Lo antes expresado lleva al conflicto en la cuestión metodológica de la evidencia, donde el ensayo clínico aleatorizado (estándar de la ciencia) suele ser incompatible con prácticas personalizadas y rituales. Imponerlo como único criterio válido es una forma de colonialismo epistemológico. El desafío, como señala la OMS, es desarrollar metodologías de investigación mixtas y contextualizadas.¹⁴

Cruz Arauz²⁴ ha propuesto el desarrollo de metodologías participativas y de diálogos que permitan evaluar los resultados en salud desde varias perspectivas. En Colombia, se han implementado investigaciones en salud intercultural que combinan indicadores biomédicos tradicionales con criterios de eficacia definidos por las propias comunidades, tales como la percepción de equilibrio, la integración social

y la conexión con el territorio. Estas experiencias muestran que es posible construir puentes metodológicos sin que ello implique la subordinación de un sistema a otro.

Medicina tradicional: entre el reconocimiento y la exclusión

Mientras la biomedicina cuenta con un sólido cuerpo legal que regula la formación universitaria y la práctica, la medicina tradicional opera en un limbo regulatorio. Esto genera un doble problema: por un lado, deja espacio para la charlatanería y prácticas inseguras, por el otro, desprotege a practicantes legítimos, portadores de un conocimiento cultural valioso y los excluye de los sistemas formales y de mecanismos de protección sociosanitarios.

La falta de reconocimiento legal tiene consecuencias concretas: en varios países de la región, los practicantes tradicionales no pueden acceder a programas de seguridad social, carecen de protección jurídica para el ejercicio de su práctica y no son considerados personal de salud en las políticas públicas. Esto contrasta con el hecho de que, en muchas comunidades, constituyen la primera y única opción de atención disponible.²

En cuanto a la relación asimétrica con el mercado y la propiedad intelectual, la biomedicina está profundamente integrada en la economía global del conocimiento y la industria farmacéutica. Existe el riesgo permanente de que los saberes tradicionales, especialmente los referidos a plantas medicinales, sean “extraídos” (biopiratedos) y privatizados mediante patentes por actores comerciales, sin el consentimiento ni una participación justa en los beneficios para las comunidades originarias. Este es un tema crítico de justicia cognitiva^{25,26} y soberanía sanitaria.

Una Salud: integración con las medicinas tradicionales

En este punto de rigidez epistemológica irresuelta, el enfoque Una Salud²⁷ emerge como plataforma particularmente fértil para tender puentes entre paradigmas. Incorporar una perspectiva de larga duración y considerar el papel de la cultura permite comprender las causas que de manera holística subyacen en el proceso salud-enfermedad, dimensiones que el enfoque biomédico tradicional tiende a soslayar.

Sin embargo, Muñoz *et al.*²⁸ advierten que la implementación del enfoque Una Salud debe incorporar una mirada de larga duración que permita comprender las causas últimas de los procesos de salud-enfermedad, así como el papel de la cultura en la configuración de las respuestas sanitarias.

Esto implica reconocer que las prácticas de salud de los pueblos indígenas no son simplemente “recursos” para ser integrados, sino sistemas completos con sus propias lógicas, epistemologías y formas de validación.

En América Latina se ha documentado la profunda consonancia entre las cosmovisiones indígenas y el enfoque Una Salud. En una investigación con 4 pueblos indígenas de Colombia y México, Cediell-Becerra *et al.*⁹ afirman que “la biodiversidad y la diversidad cultural no pueden disociarse de la administración que los pueblos indígenas hacen de sus recursos naturales”. Las mujeres de estas comunidades, en particular, desempeñan un papel crucial como guardianas de conocimientos tradicionales que integran armónicamente el cuidado de la salud humana, animal y del entorno. Las autoras concluyen que existe un valor añadido en integrar el conocimiento no académico en la práctica de Una Salud, al visibilizar la voz y la sabiduría de las mujeres indígenas.

Experiencias concretas en la Amazonía colombiana han mostrado que la articulación entre el enfoque Una Salud y los conocimientos tradicionales ha permitido desarrollar estrategias efectivas para el manejo de enfermedades transmitidas por vectores, al combinar el conocimiento ecológico local con la vigilancia epidemiológica convencional.²⁹ Estas experiencias demuestran que la integración puede ser mutuamente enriquecedora cuando se respeta la autonomía de las comunidades y se construyen relaciones de colaboración horizontal.

En este sentido, es crucial reconocer y definir adecuadamente a los *Practicantes de la Medicina Tradicional*, un descriptor³⁰ incorporado en 2023 al *Medical Subject Headings* (MeSH) que incluye a chamanes, herboristas, parte-ras y otros sanadores tradicionales, cuyo conocimiento y estatus legal varían enormemente en la región. La falta de un marco regulatorio claro para estos profesionales no solo los vulnera a ellos, sino que también expone a los usuarios a riesgos innecesarios.

La interculturalidad, en este contexto, no es un mero adjetivo, sino un enfoque que busca una coexistencia respetuosa y horizontal entre diferentes sistemas médicos. Implica, como señalan las directrices brasileñas, “favorecer el entendimiento de personas con culturas diferentes, en que la escucha y el enriquecimiento de los diversos espacios de relación son facilitados y promovidos”.²² Sin embargo, la mera declaración de principios no basta si no se traduce en prácticas concretas que modifiquen las asimetrías de poder.

El contexto latinoamericano y caribeño: avances y desafíos

La región presenta un escenario de contrastes marcados entre el reconocimiento normativo de las políticas y su implementación; existe un acervo jurídico progresista como la Ley Marco de Medicina Tradicional para América Latina y el Caribe del Parlamento Latinoamericano de 2009, que fue un hito que instó a los Estados miembros a formular políticas de integración.³ Países como Bolivia, Perú, Cuba y Ecuador han reconocido la medicina tradicional en sus constituciones; y Paraguay cuenta con una política nacional al respecto.³¹

La OPS, por medio de su estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025, vincula directamente el reconocimiento de las medicinas tradicionales con el derecho a la salud de los pueblos indígenas y afrodescendientes. La reciente consulta regional de la OPS sobre la estrategia global de la OMS subraya el consenso en torno a la interculturalidad como principio rector.⁶

A pesar de estos marcos normativos, los estudios comparativos muestran una brecha significativa entre el reconocimiento formal y la implementación efectiva. Un análisis reciente de políticas de salud intercultural en 6 países latinoamericanos (Bolivia, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Perú) encontró que, si bien todos cuentan con algún tipo de reconocimiento constitucional o legal de la medicina tradicional, solo en 3 existen mecanismos operativos de articulación con los servicios de salud y en ninguno se garantiza la participación equitativa de practicantes tradicionales en la gestión de políticas.³²

La implementación es desigual, dado que con frecuencia la integración sigue un modelo asimilacionista o extractivista en el que se incorporan plantas medicinales descontextualizadas en farmacias, o técnicas como la acupuntura^{10,33} son practicadas por médicos alópatas, mientras que los reconocidos por las comunidades como sabios, curanderos o parteras tradicionales permanecen sin reconocimiento formal y en los márgenes del sistema. Se toma el recurso, pero se ignora o desprecia el sistema de pensamiento que le da la coherencia y el significado que engloba.

Este fenómeno ha sido caracterizado por algunos autores como una “integración perversa” en la que se incorporan selectivamente aquellos elementos de la medicina tradicio-

nal que pueden ser comercializados o que resultan funcionales a la lógica biomédica, mientras que se excluye a los portadores del conocimiento y se desestiman las dimensiones simbólicas, rituales y comunitarias que son constitutivas de la eficacia terapéutica desde la perspectiva de los usuarios tradicionales.³⁴

Se evidencia¹² en la región latinoamericana y caribeña un crecimiento^{16,21} en la investigación sobre la medicina tradicional, pero que aún es dominada por el paradigma biomédico.^{22,23} Se necesitan con urgencia más estudios que, desde una perspectiva intercultural y de diálogo de saberes, evalúen no solo la eficacia biológica,^{21,35} sino los procesos de atención, la satisfacción de los usuarios y los impactos en la salud comunitaria. Es crucial que esta investigación sea participativa e integrativa desde las comunidades y los practicantes.³⁶

Conclusiones

La denominación “medicina” a los sistemas de conocimientos y prácticas identificados como medicina ancestral, complementaria, natural y tradicional no admite una respuesta unívoca, pero su análisis ha permitido develar que la discusión trasciende con creces lo semántico para adentrarse en el terreno de las tensiones epistemológicas, políticas y éticas que atraviesan los sistemas de salud en América Latina y el Caribe.

Se develó la contrastación terminológica y epistemológica que evidencia que estos sistemas, lejos de constituir un agregado homogéneo, responden a lógicas, historias y formas de validación profundamente distintas entre sí. A su vez, radicalmente diferentes a los de la biomedicina, para estos saberes resulta pertinente en la medida en que se reconozca su carácter de sistemas médicos completos, con fundamentos ontológicos propios, metodologías de generación de conocimiento validadas comunitariamente y una capacidad demostrada de respuesta a las necesidades de salud de amplios sectores poblacionales.

Declaración de conflicto de interés: las autoras han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno relacionado con este artículo.

Referencias

1. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(1):185-207. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZQ4QkQnG5pVqy5VklJQJg5b/?lang=es>

2. Vallejo CP, Sarmiento TA, Neirea NJ. El reconocimiento de la propiedad intelectual relacionado a la medicina tradicional dentro de las comunidades indígenas en el Ecuador. *Rev. Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*.

- 2023;4(2);1324. doi: 10.56712/latam.v4i2.686
3. Yagui-Mocosco M. El enfoque Una Salud y la resistencia a los microbianos: implementación en el Perú. *Rev. An. Fac. Med.* 2024;85(1):85-91. doi: 10.15381/anales.v85i1.25866
4. World Health Organization. WHO global report on traditional and complementary medicine. Geneva: WHO; 2019. 226. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/978924151536>
5. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma-Ata. 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
6. Organización Panamericana de la Salud. La OPS concluyó la consulta regional sobre el borrador de la Estrategia de medicina tradicional 2025-2034 de la OMS. Washington, DC: OPS; 2024. Disponible en: <https://mtci.bvsalud.org/la-ops-concluyo-la-consulta-regional-sobre-el-borrador-de-la-estrategia-de-medicina-tradicional-2025-2034-de-la-oms/>
7. Rivero MA, Hernández LE, Erasmo MA, et al. Desempeño profesional del Grupo Básico de Trabajo en la reducción de desastre con enfoque “Una salud”. *Rev. Cubana de Salud Pública.* 2022;48(2).
8. Alders RG, Vale MM. How can Indigenous knowledge systems be respectfully shared and employed to improve the implementation of impactful One Health actions at all levels. *Research Directions: One Health.* 2024;2. doi: 10.1017/one.2024.9
9. Cediel-Becerra N, Sánchez D, Rúa C. Reconocimiento 3. Incorporación de un enfoque género-medio responsivo en la implementación de los planes de estrategias nacionales de biodiversidad (ENBPA) y en los planes nacionales de adaptación al cambio climático y su vínculo con la salud. *Acta Biol. Colomb.* 2024. 29(3). doi: 10.15446/abc.v29n3.1117012
10. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025. 59. Consejo Directivo, 73.a Sesión del Comité Regional. Washington, DC: OPS; 2019. Documento CD59/10. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/f6ec1b96-e6d8-4435-a84b-9b0d310ad715>
11. León Montoya GB, Saavedra Chinchayán ME, Valenzuela Ramos MR. Prácticas de medicina tradicional en trabajadores administrativos nativos andinos en el sur del Perú. *Aten Primaria.* 2022;54(8):102355. doi: 10.1016/j.aprim.2022.102355
12. Perdomo-Delgado J, González-Pla EA. Apuntes históricos sobre la acupuntura y sus técnicas afines. *Acta Med Cent.* 2022. 16(1): 197-202. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=113131>
13. World Health Organization. Health topics: Traditional, Complementary and Integrative Medicine. Geneva: WHO; 2026. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine>
14. World Health Organization. WHO global strategy on traditional medicine 2025-2034. Geneva: WHO; 30 de octubre de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240113176>
15. Mejías Rivas J. Los paradigmas en la investigación científica. *Rev. ciencias agrarias.* 2022;1(3):7-14. doi: 10.35622/j.rca.2022.03.001
16. Arrizabalaga J. El desafío de las enfermedades emergentes, los límites de la respuesta biomédica y el nuevo paradigma de salud global. *História, Ciências, Saúde—Manguinhos, Rio de Janeiro.* 2021;28(1):255-81. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/h6zFhJt3btkXmRCWG8mVY4q/?format=pdf&lang=es>
17. Ormea V, Evaristo R, Durand S, et al. COVID-19 exposes weaknesses in public health in the Peruvian Amazon and highlights opportunities for a One Health approach. *CABI One Health.* 2023;1-12. doi: 10.1079/cabionehealth.2023.0012
18. EsSalud Perú. Resolución N° 1321-GG-ESSALUD-2021. Lima, Perú: EsSalud Perú; 14 de octubre de 2021. Disponible en: https://www.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/RGG_1321_GG_ESSALUD_2021.pdf
19. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Ley de Salud Pública. La Habana, Cuba: Gaceta Oficial; 2026. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/ortopfpais/2026/01/25/publican-en-gaceta-oficial-ley-de-salud-publica/>
20. World Health Organization/United Nations Children's Fund. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care. Astana, Kazakhstan: WHO/UNICEF; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
21. Kaqchikel M, Oztzy JA. Ciencia, filosofía y tecnología de los pueblos Maya: un paradigma de educación, que propicia la plenitud humana, la armonía con la naturaleza y el cosmos. *Rev. Educación Superior y Sociedad.* 2022. 34(2); 259-302. doi: 10.54674/ess.v34i2.724
22. Fiori de Lima N, Leandro QG. Cosmotécnica e Eficácia: problemáticas da hibridização da Medicina Chinesa com o paradigma biomédico ocidental: Cosmotecnics and Efficacy: problems of the hybridization of Chinese Medicine with the Western biomedical paradigm. *Modernos & Contemporâneos - International Journal of Philosophy.* 2025;9(21):155-68. Disponible en: <https://ojs.ifch.unicamp.br/index.php/modernoscontemporaneos/article/view/5422>
23. Carrillo-Sánchez CG, Márquez-Mireles LE. Hacia nuevos modelos de atención en salud: la integración de las medicinas no convencionales. *Revista de Comunicación y Salud.* 2023;13:22-41. doi: 10.35669/rcys.2023.13.e308
24. Cruz Arauz GN. GÖDEL y el círculo de Viena. La divergencia epistemológica. *Agora. Papeles de filosofía.* 2025. 44(1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10028279>
25. Batthyány K. Repensando el desarrollo: Hacia una justicia cognitiva en la generación del conocimiento. *The European Journal of Development Research.* 2025;37:398-406. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1057/s41287-025-00693-w>
26. Año BK. Mecanismos para la protección de la propiedad intelectual de la medicina tradicional de los pueblos indígenas en Latinoamérica. *Rev. Electrónica Iberoamericana.* 2021;15(2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8483319>
27. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Competencias y propiedad intelectual en América Latina y el Caribe. París: OCDE; 2025. Número 325. doi: 10.1787/4f64a595-en
28. Muñoz S, Sheinshon V, Mondini M. Expanding One Health: the role of culture and the long term. *Bioscience.* 2025. doi: 10.1093/biosci/biaf093
29. Centro de Pensamiento Amazonas. Prácticas de atención y cuidado para el manejo de enfermedades transmitidas por vectores en la Amazonía colombiana. CEPAM; 2024.
30. Biblioteca Virtual em Saúde. 23/3 – Lançamento da versão 2023 dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Brasília: BVS; 2023. Disponible en: <https://bvsms.saude.gov.br/23-3-lancamento-da-versao-2023-dos-descritores-em-ciencias-da-saude-decs/>

31. Parlamento Latinoamericano. Ley Marco de Medicina Tradicional para América Latina y el Caribe. Resolución N° 13. [sin lugar de publicación]; agosto de 2009. Disponible en: https://parlatino.org/pdf/leyes_marcos/leyes/ley-materia-medicina-tradicional-pma-3-dic-2010.pdf
32. Rodríguez M, Fernández P, Álvarez J, et al. Integración de saberes ancestrales en sistemas de salud latinoamericanos: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Públ.* 2024;48:e15.
33. Torres-Rosas R. Generalidades de la elaboración de la revisión sistemática en acupuntura. *Revista Internacional de Acupuntura.* 2022;16(3):100192. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1887836922000138>
34. Galeano D, Benítez C, Acosta M. Farmacovigilancia y productos herbarios tradicionales en América Latina: desafíos y oportunidades. *Cad Saúde Pública.* 2025; 41(2): e00123425. doi: 10.1590/0102-311XES123425
35. Talavera-Toñanez L. Marchas y contramarchas ¿Es posible un giro paradigmático en la investigación médica? - Advances and Setbacks: Is a Paradigmatic Shift in Medical Research Possible? *ANALES.* 2026;58(3):117-23. Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/RP/article/view/6364>
36. Organización Panamericana de la Salud. La edición 2022 de DeCS/MeSH ya está disponible. Washington, DC: OPS; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/14-9-2022-edicion-2022-decsmesh-ya-esta-disponible>