

Lo que avanza y lo que resiste: una lectura cultural y decolonial de las implicancias epistemológicas de la Estrategia Mundial sobre Medicina Tradicional 2025-2034 de la OMS

What advances and what resists: A cultural and decolonial reading of the epistemological implications of the WHO Global Traditional Medicine Strategy 2025-2034

Thabata Cristina Rosa Negrete¹, Helena Carla Gonçalo Ferreira², Antonio Rodrigues Ferreira Júnior³

¹Magíster en Salud Colectiva. Doctoranda en Salud Colectiva, Facultad de Ciencias Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.  ²Doctora en Estudios Culturales. Investigadora, Centro de Linguas, Literaturas y Culturas, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.  ³Doctor en Salud Colectiva. Profesor, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Brasil. 

RESUMEN Si bien la Estrategia Mundial sobre Medicina Tradicional 2025-2034 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) representa un avance político innegable en la salud global, este ensayo teórico propone una lectura crítica del documento en sus implicancias epistemológicas desde los estudios culturales y el pensamiento decolonial, argumentando que opera en dos registros contradictorios: uno de reconocimiento de la diversidad epistémica y de los derechos de los poseedores de saberes tradicionales, y otro de captura, que mantiene la evidencia biomédica como árbitro universal de legitimidad y expande instrumentos de estandarización que domestican los saberes que pretende incluir. El argumento parte de los estudios culturales y el pensamiento decolonial, para desde allí analizar críticamente los objetivos estratégicos, exponer un horizonte político alternativo y las tensiones que permanecen abiertas. Se propone la coexistencia *ch'ixi* de Rivera Cusicanqui, como alternativa al modelo integrativo asimilacionista y como postura para investigadores y gestores, lo que denominamos “implicación epistemológicamente responsable”. Se concluye que la equidad en salud depende de un horizonte común capaz de sostener, sin jerarquizar, la complejidad de los sistemas de cuidado.

PALABRAS CLAVES Medicina Tradicional; Terapias Complementarias; Política de Salud; Epistemología; Cultura.

ABSTRACT Although the WHO Global Traditional Medicine Strategy 2025–2034 represents an undeniable political advance in global health, this theoretical essay offers a critical reading of the document's epistemological implications from the perspectives of cultural studies and decolonial thought. It argues that the Strategy operates through two contradictory registers: one that recognizes epistemic diversity and the rights of traditional knowledge holders, and another of capture, which retains biomedical evidence as the universal arbiter of legitimacy and expands standardization instruments that domesticate the very forms of knowledge it seeks to include. Drawing on cultural studies and decolonial thought, the essay critically examines the Strategy's objectives in order to articulate an alternative political horizon and identify the tensions that remain unresolved. Rivera Cusicanqui's notion of *ch'ixi* coexistence is proposed as an alternative to the assimilationist model of integration and as a stance for researchers and policymakers, which we term “epistemologically responsible engagement.” The essay concludes that health equity depends on a shared horizon capable of sustaining the complexity of systems of care without imposing hierarchies among them.

KEYWORDS Traditional Medicine; Complementary Therapies; Health Policy; Epistemology; Culture.

Introducción

Un momento de encrucijada

En mayo de 2025, la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Estrategia Mundial sobre Medicina Tradicional 2025-2034⁽¹⁾, documento que representa un hito político innegable en el campo de la salud global. Por primera vez, la medicina integrativa recibe una definición formal en el texto de una estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los conocimientos tradicionales transmitidos oralmente son nominalmente reconocidos, los derechos de los pueblos indígenas sobre sus sistemas médicos encuentran un anclaje explícito y la necesidad de metodologías de investigación culturalmente apropiadas y participativas es formalmente enunciada⁽²⁾. Se trata de un cambio considerable respecto a las estrategias anteriores, que señala que la hegemonía biomédica ya no puede ignorar, al menos en el plano discursivo, la pluralidad de racionalidades que sostienen el cuidado en salud en todo el mundo. Ese avance, sin embargo, convive con mecanismos que lo contradicen, y es esa convivencia el objeto de este ensayo.

Para comprender la magnitud de este cambio, es necesario situarlo históricamente. La OMS publicó su primera estrategia sobre medicina tradicional en el año 2002⁽²⁾, en respuesta a la creciente presión de los estados miembros que reconocían la centralidad de las prácticas tradicionales en sus sistemas nacionales de salud. Esa estrategia, y su sucesora para el período 2014-2023⁽³⁾, establecieron los fundamentos del reconocimiento institucional, pero mantuvieron las medicinas tradicionales, complementarias e integrativas (MTCI) en una posición periférica respecto a la biomedicina convencional, tratándolas sobre todo como complemento tolerado y no como sistemas de conocimiento con estatuto epistémico propio. La estrategia de 2025-2034 representa, en ese sentido, un cambio cualitativo: la diversidad epistémica es explícitamente reconocida como un valor a proteger y no solo como una realidad a gestionar.

Este debate adquiere una relevancia particular cuando se considera que los sistemas médicos indígenas, afrodescendientes y mestizos de América Latina y el Caribe constituyen no solo prácticas terapéuticas, sino ontologías completas que articulan salud, territorio, espiritualidad y relaciones comunitarias de formas que los dispositivos regulatorios occidentales tienen dificultad en reconocer. La aprobación de constituciones plurinacionales en Bolivia y Ecuador, en 2009 y 2008 respectivamente, que consagran el derecho a la salud intercultural y reconocen los sistemas médicos indígenas como parte integrante de los sistemas nacionales de salud, representa el momento político más avanzado de esa transformación⁽⁴⁾ y, al mismo tiempo, el laboratorio más exigente para poner a prueba la distancia entre el reconocimiento formal y su implementación efectiva.

El reconocimiento político, sin embargo, no disuelve por sí solo las tensiones epistemológicas más

profundas que atraviesan el campo. La pregunta central que plantea la nueva estrategia no es si integrar las MTCI en los sistemas oficiales de salud, sino *cómo* hacerlo. La distinción no es retórica: una integración que exige que los sistemas médicos tradicionales se despojen de sus matrices culturales, relacionales y espirituales para ser aceptados opera, en su estructura profunda, como una forma más de colonialidad del saber^(5,6). Integrar sin asimilar es el desafío político y epistemológico que la nueva estrategia de la OMS, a pesar de sus avances genuinos, aún no resuelve.

Desde la perspectiva de los estudios culturales, la estrategia no es un documento técnico neutral, sino un evento de cultura^(7,8), una práctica discursiva que codifica significados, distribuye identidades y regula lo que cuenta como saber legítimo en salud. Los discursos no solo representan la realidad: participan activamente en su construcción⁽⁷⁾. Leída desde esa lente, la estrategia revela tensiones entre sus principios rectores y sus objetivos operacionales, con consecuencias concretas para quienes trabajan en las fronteras entre sistemas de cuidado^(8,9). El documento opera en dos registros que coexisten sin resolver su contradicción: uno de reconocimiento, que nombra la diversidad epistémica y los derechos de los poseedores de saberes tradicionales; y otro de captura, que mantiene la evidencia biomédica como árbitro universal de legitimidad y expande instrumentos de estandarización, como clasificaciones internacionales, vocabularios controlados y protocolos regulatorios, que operan como dispositivos de poder sobre los saberes que pretende incluir^(10,11). Es en esa tensión donde reside el problema central que examina este ensayo.

El ensayo parte de los estudios culturales y el pensamiento decolonial como herramientas para analizar las políticas de salud como eventos de cultura; a continuación, realiza la lectura crítica de la estrategia, identificando las tensiones entre sus registros de reconocimiento y de captura; luego propone la coexistencia *ch'ixi* como horizonte político alternativo al modelo integrativo asimilacionista y discute la necesidad, por parte de quienes formulan e implementan políticas de MTCI, de una postura, a la que denominamos "implicación epistemológicamente responsable".

Investigar y regular como eventos de cultura

La incorporación de los estudios culturales a la salud colectiva produce cambios que van más allá del repertorio teórico: cuestiona la premisa sobre la cual se erigen tanto la práctica científica como la formulación de políticas públicas: la de la neutralidad. Como argumenta Hall⁽⁷⁾, la cultura no es el telón de fondo sobre el cual se desarrollan los procesos sociales, sino el propio terreno en que los significados son producidos, disputados y naturalizados. Aplicado al campo de la salud, este

principio implica reconocer que categorías como “evidencia”, “eficacia” y “seguridad” no son descripciones neutrales de la realidad: son construcciones discursivas que cargan historias, jerarquías y exclusiones. Hay aún un segundo movimiento, que se deriva del primero: si las categorías que organizan el campo de la salud no son neutrales, sino productos de arreglos históricos de poder, entonces el análisis no puede ser organizado por las mismas fronteras que ayudaron a producirlas. Es ese el movimiento que proponemos desde una lectura crítica que moviliza diversos campos teóricos, más allá de sus fronteras disciplinares.

El modelo de codificación y decodificación propuesto por Hall⁽⁷⁾ ofrece una entrada particularmente útil para la lectura de documentos de política. Toda política pública codifica una visión del mundo, selecciona lo que es legible, atribuye posiciones a los sujetos, define lo que cuenta como problema y lo que cuenta como solución. Este proceso de codificación no es transparente ni inevitable: es el resultado de disputas en que algunos significados se estabilizan mientras otros son marginalizados⁽⁷⁾. En el campo de las MTCTI, la forma en que una estrategia global nombra las prácticas tradicionales define los criterios de su legitimación y propone los mecanismos de su integración ya es, en sí misma, un acto político con consecuencias materiales para los sistemas de cuidado y para las personas que los sostienen.

Este acto político, sin embargo, no es ejercido solo por actores humanos. La teoría del actor-red, desarrollada por Latour⁽¹⁰⁾ y Law⁽¹¹⁾, llama la atención sobre el papel de los actantes no humanos, como objetos, instrumentos, clasificaciones y protocolos, en la producción y estabilización de relaciones de poder. En el campo de la salud, vocabularios controlados, clasificaciones internacionales de enfermedades y registros de ensayos clínicos no son herramientas neutras de organización del conocimiento: son actantes que definen lo que puede ser visto, comparado y validado. Cuando un sistema regulatorio exige que los conocimientos tradicionales sean traducidos a la sintaxis biomédica para ser reconocidos, ejerce una agencia que domestica esos saberes, independientemente de la intención de quien lo concibió.

Esta domesticación encuentra colonialidad del saber dentro de la tradición intelectual decolonial. Quijano⁽⁵⁾ mostró que la colonialidad no se agota en la dominación política y económica: opera también en la jerarquización de los sistemas de conocimiento, en la naturalización de la epistemología eurocéntrica como universal y en la subalternización de las racionalidades que no caben en sus criterios de validez. Ballestrin⁽⁶⁾ muestra que el pensamiento decolonial no es solo un giro teórico, sino una exigencia de revisión de las estructuras que organizan la producción del saber. Mignolo⁽¹²⁾ agrega una dimensión geopolítica a ese argumento: el conocimiento tiene siempre una localización, y la pretensión de universalidad de la epistemología biomédica occidental es, ella misma, un producto histórico de la expansión colonial que borró sistemáticamente las historias locales de los

saberes que subyugó. En el campo de las MTCTI, esta estructura se manifiesta cada vez que la legitimidad de un sistema médico tradicional es condicionada a su traducción bajo los términos de la farmacología o del ensayo clínico aleatorizado, proceso que la literatura reciente ha identificado como una forma de violencia epistémica que vacía las prácticas de sus dimensiones relacionales, sensoriales y espirituales^(8,9).

Reconocer este cuadro no es un gesto relativista. Es el punto de partida para una postura investigativa más rigurosa ante la pluralidad de racionalidades de cuidado. Como argumenta Haraway⁽¹³⁾, no existe visión desde ningún lugar: todo conocimiento es parcial, situado, producido desde una posición específica en el mundo. Asumir esa parcialidad con transparencia, en vez de disimularla bajo la retórica de la objetividad, es condición de un quehacer científico más honesto y, paradójicamente, más robusto.

Para comprender dónde esa postura investigativa se vuelve más urgente, es necesario descender al plano ontológico y preguntar ¿qué cuerpo es ese que el cuidado integrativo trata? Merleau-Ponty⁽¹⁴⁾ distingue el cuerpo objetivo, aquel que la biomedicina toma como objeto de intervención descrito en términos anatómicos, bioquímicos y fisiológicos, del cuerpo vivido, que no es un objeto en el mundo, sino la condición de posibilidad de cualquier experiencia del mundo. El cuerpo vivido no está en el espacio como una cosa: habita el espacio, se orienta en él, lo percibe a través de una inteligencia motora y sensorial irreductible a la representación cognitiva. Es a partir de ese cuerpo que opera el cuidado integrativo. El toque del terapeuta no es un estímulo mecánico sobre una superficie, sino una forma de contacto entre dos cuerpos vividos que comparten un espacio de atención e intención terapéutica.

El silencio de una sesión de meditación, el aroma de una planta medicinal preparada según un ritual específico, la voz del curandero que nombra la enfermedad en un marco cosmológico compartido con el paciente no son variables de confusión a eliminar para aislar el principio activo de la intervención. Son la intervención. Es precisamente por eso que los métodos de validación biomédica convencionales, diseñados para eliminar el vínculo terapéutico y la subjetividad compartida, no son solo metodológicamente insuficientes para evaluar estas prácticas: son ontológicamente incompatibles con lo que las constituye. Exigir que la acupuntura o el chamanismo sean validados según ese patrón no es una exigencia de rigor, es la imposición de una ontología sobre otra, con el peso institucional de la OMS confiriéndole una autoridad que oscurece lo que es, en el fondo, una elección filosófica.

Good⁽¹⁵⁾ y Kleinman⁽¹⁶⁾ profundizaron esta tensión desde una perspectiva antropológica: la enfermedad no es solo un proceso biológico, sino una experiencia culturalmente construida, narrada e interpretada a partir de sistemas de significación que varían entre culturas e individuos. Los modelos explicativos que pacientes y

practicantes construyen sobre lo que causa la enfermedad, cómo se trata y qué significa no son epifenómenos sin relevancia clínica: son constitutivos de la experiencia terapéutica y, en muchos casos, determinantes de sus resultados. Ignorar esa dimensión no produce evidencia más sólida, sino más estrecha, limitada a la fracción del cuidado que cabe en sus instrumentos de medición.

Entre el reconocimiento y la captura

Lectura crítica de la Estrategia Mundial sobre Medicina Tradicional 2025-2034 de la OMS

La Estrategia no puede ser leída como un documento conservador. Sus avances respecto a las estrategias anteriores de la OMS son reales y merecen ser reconocidos antes de cualquier análisis crítico. Por primera vez, la medicina integrativa recibe una definición formal en el texto de una estrategia global; los principios rectores incluyen explícitamente los derechos de los pueblos indígenas sobre sus sistemas médicos, el respeto a las cosmovisiones culturales diversas y la necesidad de enfoques centrados en las personas y en las comunidades⁽¹⁾. El documento reconoce que los conocimientos tradicionales transmitidos oralmente tienen valor y merecen protección, y que las metodologías de investigación deben ser adaptadas a la complejidad y a la naturaleza multidimensional de las MTCT⁽¹⁾. Son cambios que reflejan décadas de presión de movimientos sociales, comunidades indígenas e investigadores críticos sobre las instituciones de salud global.

Cuando se lee desde la lente de los estudios culturales como evento de cultura^(7,8), sin embargo, la estrategia revela una tensión estructural que sus propios avances no consiguen resolver. El documento opera en dos registros que coexisten sin que la contradicción llegue a resolverse: uno de reconocimiento, que nombra la diversidad epistémica y afirma la legitimidad de sistemas médicos plurales; y uno de captura, que mantiene intacta la arquitectura a través de la cual esa diversidad debe ser incorporada, cuyos pilares son la evidencia científica biomédica como criterio universal de validez, la regulación por riesgo como mecanismo de control, y la integración dentro de los sistemas existentes como modelo exclusivo de inserción^(1,5,6).

El registro de la evidencia: cuando el rigor borra lo que pretende evaluar

El objetivo estratégico 1, centrado en fortalecer la base de evidencia de la MTCT, es donde esa tensión se manifiesta con particular claridad⁽¹⁾. El documento es enfático: ninguna práctica, sea biomédica o tradicional, será apoyada por la OMS sin que esté basada en evidencias, y el criterio adoptado está explícitamente anclado en los más altos estándares de la ciencia, con énfasis en

validez, generalización y fiabilidad⁽¹⁾. La apertura hacia enfoques de investigación relevantes para las MTCT existe, pero permanece subordinada a ese marco. El problema no es la exigencia de rigor, sino que el rigor sea definido desde un único paradigma epistemológico, transformando el ensayo clínico aleatorizado en el horizonte implícito de legitimidad, incluso para sistemas cuyas lógicas terapéuticas son ontológicamente incompatibles con sus presupuestos metodológicos. Como se mostró en la sección anterior, esa incompatibilidad no es solo metodológica: es ontológica. Al eliminar el vínculo terapéutico y la subjetividad compartida como variables de confusión, los métodos de validación biomédica convencionales borran precisamente las dimensiones que constituyen el cuidado integrativo como experiencia terapéutica distintiva^(8,9,14). Cuando la ciencia regulatoria exige que la acupuntura, la fitoterapia o el chamanismo hablen el lenguaje de ese ensayo, no está solo imponiendo un método: está promoviendo un borramiento sistemático de la sensorialidad, transformando sistemas filosóficos complejos en procedimientos mecánicos destinados al alivio sintomático y tratando como efecto placebo precisamente a aquello que, en esos sistemas, constituye el acto de cuidar^(8,9).

El documento no llega a plantear, sin embargo, una cuestión previa a la elección del diseño de estudio: qué llega a existir como literatura recuperable. La cuestión no se reduce al uso de descriptores controlados. Aun cuando la búsqueda se realiza por expresiones libres en título y resumen, y aun cuando los términos derivan del vocabulario de las propias comunidades de investigación, la recuperación sigue dependiendo de dos condiciones anteriores: que la práctica haya sido nombrada en un lenguaje que quien busca pueda anticipar, y que el vehículo donde fue publicada esté incluido en las bases consultadas. Los sistemas de cuidado cuya transmisión es oral, cuyos nombres circulan en lenguas indígenas o en categorías locales, o cuya producción se difunde fuera de los circuitos indizados, no se vuelven localizables por ninguna de las dos vías. En una revisión de alcance previa sobre MTCT y salud de la mujer, realizada en diez bases nacionales e internacionales, la fricción entre las prácticas buscadas y los términos disponibles para nombrarlas se hizo visible ya en el interior de lo localizable: de 2.474 registros recuperados, 1.079 cumplieron los criterios de elegibilidad⁽⁹⁾. Esa cifra mide la distancia entre lo que se busca y lo que el vocabulario permite encontrar, no el silencio del que aquí hablamos, que por definición no entra en esa cuenta. Lo que se presenta como base de evidencia no retrata la producción existente, sino aquella que las condiciones de indización vuelven localizable. Fortalecerla sin examinar esa capa previa amplifica lo ya visible y profundiza el silencio de lo que nunca llegó a ser registrado. La captura opera, aquí, antes del ensayo clínico.

La apertura del documento hacia enfoques de investigación relevantes para las MTCT permanece, además, enunciada en términos genéricos, aunque el campo especializado viene formulando alternativas concretas

desde hace dos décadas. Cabe citar, por ejemplo, la exigencia de validez del modelo, esto es, la correspondencia entre el diseño de investigación y la teoría de curación y el contexto terapéutico propios de la intervención evaluada, lo que lleva a reconocer la insuficiencia del ensayo clínico aleatorizado clásico y a recurrir a métodos mixtos con desenlaces holísticos⁽¹⁷⁾, o la propuesta de un modelo circular en lugar de una jerarquía de evidencias, en el que ningún diseño ocupa la cima y cada uno responde a una pregunta distinta, de modo que es la combinación complementaria de métodos, y no la posición en la pirámide, lo que sostiene el rigor en la evaluación de intervenciones complejas⁽¹⁸⁾. Al reconocer que otros enfoques son necesarios sin indicar cuáles, y manteniendo simultáneamente los más altos estándares de la ciencia como criterio de apoyo, la estrategia deja intacta la jerarquía que decía estar dispuesta a revisar

Los mecanismos regulatorios como actantes coloniales

El objetivo estratégico 2, dedicado a los mecanismos regulatorios, profundiza esa tensión entre reconocimiento y captura⁽¹⁾. A la expansión de clasificaciones internacionales de practicantes y el desarrollo de farmacopeas estandarizadas, desde el objetivo estratégico 1 se le suma el registro de ensayos clínicos de MTCT entre los registros reconocidos por la OMS, propuestas presentadas como instrumentos de protección y legitimación y que, en cierta medida, lo son. Sin embargo, leídos desde la teoría del actor-red^(10,11), esos instrumentos son también actantes que ejercen poder sobre los saberes que pretenden incluir. Una clasificación internacional de practicantes presupone que es posible establecer categorías comparables entre sistemas médicos radicalmente distintos en sus ontologías, en sus formas de transmisión del conocimiento y en sus concepciones de salud y enfermedad. Una farmacopea estandarizada presupone que una planta medicinal utilizada en contexto ritual, comunitario y territorial puede ser evaluada con los mismos criterios que un compuesto farmacológico aislado. Lo que no cabe en esas categorías, y mucho no cabe, simplemente no existe para los sistemas de regulación y, consecuentemente, para las políticas que de ellos derivan^(5,6).

La 11.^a revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades incorporó, por primera vez, un capítulo suplementario dedicado a las condiciones de la medicina tradicional⁽¹⁹⁾. Es un hito de visibilidad institucional y, en el mismo gesto, una operación de selección: el capítulo, en su Módulo 1, resultó de la armonización de categorías de las medicinas tradicionales china, japonesa y coreana, de modo que los sistemas médicos indígenas, afrodescendientes y mestizos de las Américas, de África y de otras regiones permanecen fuera de su alcance. Se vuelve visible lo que ya disponía de aparatos estatales de codificación análogos a los occidentales; lo

que escapa sigue siendo ilegible. La clasificación no describe un campo, produce ese campo, al definir qué tradiciones cuentan como medicina tradicional a efectos de política, investigación y financiamiento. La arquitectura del instrumento confirma la jerarquía: es un capítulo suplementario, concebido para acoplarse a un diagnóstico de los capítulos convencionales de la CIE-11 y no para sustituirlo⁽¹⁹⁾.

En América Latina, el mismo patrón aparece en los marcos normativos que oscilaron históricamente entre la regulación, que exige de las prácticas tradicionales credenciales y formatos derivados del modelo biomédico, y la tolerancia, que las mantiene en zonas de informalidad jurídica sin reconocimiento efectivo⁽²⁰⁾. En ambos polos permanece intocada la posición de la biomedicina como referencia a partir de la cual las demás prácticas son clasificadas, autorizadas o ignoradas. Las farmacopeas estandarizadas y los registros globales de ensayos clínicos propuestos por la estrategia heredan esa gramática, en la medida en que condicionan la existencia jurídica del saber tradicional a su adecuación a categorías que no fueron concebidas para acogerlo.

La integración en la práctica: silencios operacionales y lecciones latinoamericanas

El objetivo estratégico 3, dedicado a integrar una MTCT segura y eficaz en los sistemas de salud, sorprende por su falta de especificidad operacional⁽¹⁾. Es aquí donde se plantean las preguntas más concretas de gobernanza: con qué mecanismos concretos se financia la integración que el documento enuncia sin especificar, en qué modelos de atención se organiza, cómo se articulan los practicantes tradicionales con los profesionales biomédicos en los espacios de cuidado compartidos, de qué modo los sistemas de referencia y contrarreferencia son adaptados para acomodar lógicas terapéuticas que no son secuenciales ni lineales. El silencio del documento sobre estas preguntas probablemente no es accidental: refleja la dificultad de responderlas dentro de los marcos de gobernanza existentes sin cuestionar sus premisas fundamentales.

La experiencia de América Latina ilustra esa dificultad con precisión. La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia de 2009 consagró un sistema de salud intercultural que reconoce formalmente la medicina indígena como parte integrante del sistema nacional de salud⁽⁴⁾. En la práctica, la implementación efectiva tropezó con obstáculos institucionales significativos: ausencia de mecanismos de financiamiento propios, resistencia de corporaciones profesionales biomédicas al reconocimiento de practicantes tradicionales y dificultad de articular epistemologías radicalmente distintas en un mismo espacio clínico sin que una absorba a la otra. El resultado documentado es frecuentemente una yuxtaposición formal de sistemas que coexisten sin interrelacionarse, lo que Rivera Cusicanqui⁽²¹⁾ reconocería como

multiculturalismo de fachada. Ya en 1999, la etnografía del altiplano boliviano documentaba ese desencuentro: personal biomédico y terapeutas aymaras operaban con nociones distintas de enfermedad, cuerpo y autoridad terapéutica⁽²²⁾. En Brasil, la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias, creada en el Sistema Único de Salud en 2006, es el ejemplo más extenso de integración institucionalizada de MTCI en un sistema público de la región⁽²³⁾. La política fue ampliada para incluir decenas de prácticas, pero al integrarlas en el mismo dispositivo regulatorio sin distinguir sus lógicas epistémicas, produjo una homogeneización que tornó invisibles las especificidades de cada sistema^(24,25). Menéndez⁽²⁶⁾ anticipó ese riesgo: la articulación entre modelos médicos no es neutral, y cuando ocurre en un marco institucional de poder desigual tiende a subordinar los modelos menos poderosos al hegemónico, cualesquiera sean las intenciones declaradas.

México agrega una tercera lección. En 1990, el hospital de Cuetzalan, en Puebla, fue convertido en un centro híbrido en el cual terapeutas indígenas pasaron a atender dentro del propio espacio biomédico, modelo replicado en hasta catorce hospitales integrales con medicina tradicional en regiones indígenas de Puebla, junto al otro hospital mixto pionero, el de Jesús María, en Nayarit⁽²⁷⁾. La interculturalidad terminó centrada exclusivamente en la presencia de módulos de medicina tradicional dentro de espacios biomédicos, con notoria subordinación de los terapeutas tradicionales⁽²⁷⁾. Más decisivo, para lo que aquí se examina, es el modo en que esas experiencias fueron construidas: siguen siendo planificadas, ejecutadas y evaluadas por las instituciones gubernamentales, en procesos en los cuales las comunidades no tienen poder de decisión y apenas llegan a ser consultadas⁽²⁷⁾.

La protección que transforma: los límites del registro

El objetivo estratégico 4, orientado a optimizar el valor intersectorial de la MTCI y a empoderar a las comunidades, abre la dimensión más política de la estrategia. Es en su orientación 4.2, sobre protección y acceso a los conocimientos médicos tradicionales, donde reside el pasaje más revelador de esa contradicción. El documento reconoce el derecho de los pueblos indígenas y poseedores de saberes tradicionales sobre sus conocimientos, se alinea con la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y propone modelos de acceso y distribución equitativa de beneficios. El mecanismo central propuesto para esa protección, sin embargo, es la documentación y el registro de los conocimientos médicos tradicionales y la constitución de bases de datos de conocimientos⁽¹⁾, lo que presupone la traducción de esos saberes a soportes y formatos compatibles con los sistemas de información occidentales. La orientación 4.1 encomienda además a la Secretaría

de la OMS crear una biblioteca sobre MTCI vinculándola a la información existente o creando nuevas bibliotecas para el intercambio de conocimientos⁽¹⁾. Ese encargo dejó de ser un proyecto el 19 de diciembre de 2025, cuando la Traditional Medicine Global Library fue lanzada durante la Segunda Cumbre Mundial de la OMS sobre Medicina Tradicional y reunía entonces cerca de 1,6 millones de registros⁽²⁸⁾. La Declaración de Delhi, adoptada en la misma ocasión, se compromete a promoverla como repositorio global de conocimiento confiable y éticamente gobernado, orientado a la protección de la propiedad intelectual, al acceso equitativo y a la repartición de beneficios⁽²⁹⁾. La ambivalencia es genuina: en contextos de expropiación histórica y biopiratería, el registro puede ser un instrumento legítimo de defensa. Para los muchos sistemas médicos, cuyo poder terapéutico y cultural reside precisamente en la transmisión oral, en la relación con el territorio y en la dimensión comunitaria no reducible a texto, el registro es simultáneamente protección y transformación, pero el documento no enfrenta esa tensión^(5,6,13).

Lo que la documentación hace con aquello que documenta puede describirse, con Agrawal⁽³⁰⁾, en tres movimientos encadenados: particulariza, aislando de un conjunto cultural los elementos considerados aprovechables; valida, contrastándolos con las normas de la ciencia occidental; y generaliza, volviéndolos utilizables en contextos ajenos al de origen⁽³⁰⁾. Al final del recorrido, lo que se preservó no es el saber, sino una versión de él compatible con el sistema que lo acogió. Más que salvaguardar un conocimiento, el registro puede convertirlo en información disponible para usos que sus poseedores no controlan⁽³⁰⁾. El alcance de esa transformación es, sin embargo, objeto de disputa: cuando la base se limita a catalogar metadatos sobre saberes que siguen vivos en sus contextos de origen, la desposesión que se le atribuye resulta menor que la supuesta por el modelo de preservación *ex situ*⁽³¹⁾.

Al documento le falta, sin embargo, la distinción entre protección defensiva y protección positiva, que ya existe dentro del propio sistema internacional de propiedad intelectual. La protección defensiva impide el patentamiento indebido y se organiza en función de examinadores externos: su destinatario es la oficina de patentes. La protección positiva preserva el saber y sostiene el control y el uso por parte de sus poseedores. La colección digital *Storybase*, construida por la nación Tulalip, es un ejemplo de protección positiva, la colección está gestionada por la propia comunidad, con contenido destinado prioritariamente a la circulación interna⁽³¹⁾. La tecnología es la misma en ambos casos; lo que los separa es quién gobierna el registro, al servicio de quién opera y quién conserva el derecho de rechazar la inscripción. Al proponer la documentación, el registro y la constitución de bases de datos sin definir quién las gobierna, la estrategia enuncia como objetivo el empoderamiento de las comunidades y deja indeterminado justamente aquello de lo que ese empoderamiento

depende. El compromiso de gobernanza ética enunciado en Nueva Delhi avanza en esa dirección, pero enunciar principios de gobernanza no equivale a atribuir a los poseedores poder efectivo de decisión sobre qué se registra, cómo se clasifica, quién accede y para qué usos, y es esa distancia la que permanece abierta.

Tecnologías digitales: entre la democratización y la nueva colonialidad de datos

La estrategia de la OMS dedica una atención creciente al papel de las tecnologías digitales en la investigación, regulación y prestación de servicios de MTCT. Bases de datos internacionales de conocimientos tradicionales, vocabularios controlados digitales, plataformas de registro de ensayos clínicos y sistemas de información de salud son presentados como instrumentos de modernización que amplían la visibilidad y la legitimidad de las prácticas tradicionales en el ecosistema de información global⁽¹⁾. Ese optimismo merece un escrutinio riguroso, porque los mismos instrumentos que prometen proteger y democratizar el acceso al conocimiento tradicional pueden operar, en la práctica, como nuevos vectores de colonialidad.

Ricaurte⁽³²⁾ introduce el concepto de colonialidad de datos para describir cómo las estructuras de información digital reproducen y amplían jerarquías epistémicas preexistentes. Las bases de datos no son repositorios neutros: son sistemas clasificatorios que presuponen ontologías específicas, determinan lo que puede ser inscrito y recuperado y construyen la visibilidad según categorías que reflejan las perspectivas de quienes las concibieron. Cuando un sistema de conocimiento tradicional es inscrito en una base de datos biomédica, aunque sea con intención de protección, lo que no tiene nombre en el sistema deja de existir para él. Milan y Treré⁽³³⁾ argumentan, en la misma dirección, que la participación de las comunidades del Sur Global en las infraestructuras de datos raramente ocurre en sus propios términos: insertan sus datos en estructuras que no controlan y cuyos beneficios raramente retornan. Aplicado a las MTCT, esto sugiere que las bases de datos internacionales de conocimientos tradicionales, incluso motivadas por la protección contra la biopiratería, pueden reproducir bajo nuevas formas la lógica extractivista que históricamente caracterizó esa relación.

Hay aún una dimensión en la que esa lógica se vuelve infraestructura: el papel creciente de las plataformas de inteligencia artificial (IA) en la investigación en MTCT. La estrategia no la ignora: su orientación 1.2 encarga a los Estados miembros utilizar tecnologías avanzadas basadas en IA y a la Secretaría de la OMS fomentar el desarrollo y el uso responsable de herramientas de IA específicas para la MTCT⁽¹⁾. El adjetivo “responsable” carga todo el peso normativo del enunciado sin que ninguna definición lo acompañe, y el mandato ya se cumplió: la biblioteca lanzada en diciembre de 2025 incorpora la

Traditional Medicine Global Library – Generative Pretrained Transformer (TMGL-GPT), un modelo generativo destinado a organizar, buscar y analizar su acervo⁽²⁸⁾. La utilización de modelos de lenguaje para sistematizar corpus de conocimiento tradicional, o de algoritmos de aprendizaje automático para identificar compuestos bioactivos en plantas medicinales, ofrece posibilidades genuinas de investigación y amplifica al mismo tiempo los riesgos de captura: un modelo entrenado para identificar principios activos ya presupone la ontología farmacológica occidental, extrae el compuesto y descarta el contexto ritual, territorial y relacional en que la planta adquiere su poder terapéutico. La escala de los sistemas digitales no resuelve ese problema. Reconocer estos riesgos no implica rechazar las tecnologías digitales en el campo de las MTCT. Implica la exigencia de que los propios poseedores de los conocimientos tradicionales participen activamente en la concepción de las estructuras de datos que pretenden representarlos, no como informantes, sino como parte constitutiva de las decisiones sobre qué se inscribe, cómo se organiza y quién tiene acceso. Sin esa condición, la digitalización del conocimiento tradicional es un episodio más de extractivismo con ropaje tecnológico.

Fredriksson⁽³¹⁾ reconstruye el caso de India. La *Traditional Knowledge Digital Library*, creada en 2001, reúne prácticas y formulaciones de las cuatro grandes escuelas de la medicina tradicional india –ayurveda, siddha, unani y yoga– en lenguaje compatible con los sistemas internacionales de clasificación de patentes⁽³¹⁾. Nació como respuesta a la biopiratería: patentes sobre usos medicinales de la cúrcuma y del árbol de nim, conocimiento común en India desde hacía siglos, fueron concedidas y luego revocadas en EEUU y en Europa⁽³¹⁾. La patente sobre la cúrcuma solo cayó cuando se demostró que aquel uso constaba en textos sánscritos antiguos y en un artículo de 1953⁽³¹⁾. Un conocimiento de circulación doméstica y amplia no contaba como anterioridad mientras no existiera en forma escrita, localizable y citable. La biblioteca cumplió, así, su función protectora, al mismo tiempo que tradujo, seleccionó y recodificó los saberes que protegía, vertiendo formulaciones en sánscrito, urdu y otras lenguas en entradas estandarizadas organizadas en cerca de 25 mil subgrupos compatibles con la Clasificación Internacional de Patentes⁽³¹⁾, justamente el sistema cuya lógica extractivista pretendía contener. A ello se suma que las cuatro escuelas documentadas son las ya institucionalizadas y promovidas por el Estado indio, privilegiando el saber fijado en fuentes escritas por sobre las tradiciones de transmisión oral y sobre las comunidades más marginadas⁽³¹⁾. El mismo proceso, sin embargo, llevó a revisar la Clasificación Internacional de Patentes para acoger la medicina tradicional⁽³¹⁾, señal de que estos instrumentos también pueden ser desplazados por aquellos que pretenden clasificar.

Formación y reconocimiento profesional: ¿quién tiene el derecho de saber?

Una de las cuestiones más políticamente sensibles en el campo de las MTCT es la de la formación y el reconocimiento profesional de sus practicantes. La estrategia la aborda en su orientación 2.2, bajo la clave de la regulación por riesgo, al recomendar estándares para los programas educativos, la certificación y la licencia⁽³¹⁾, pero no como cuestión política autónoma. ¿Quién tiene el derecho de practicar, enseñar y certificar saberes tradicionales? ¿En qué condiciones un sistema de acreditación formal promueve la seguridad de los usuarios sin operar simultáneamente como mecanismo de exclusión de los propios poseedores de los saberes que pretende regular?

La tensión es estructural. Los sistemas de acreditación profesional desarrollados en el contexto de los sistemas de salud modernos fueron concebidos para regular profesiones cuyo conocimiento es transmitido en instituciones formales, codificado en currículos estandarizados y evaluado por instrumentos de certificación comparables. Ese modelo es estructuralmente incompatible con sistemas de conocimiento cuya transmisión es oral, intergeneracional, territorializada e inseparable de una relación de aprendizaje que exige tiempo, inmersión comunitaria e iniciación simbólica. Exigir que un curandero amazónico o una partera tradicional demuestren sus competencias a través de los instrumentos concebidos para regular profesiones biomédicas no es garantizar la seguridad de las personas usuarias: es imponer una epistemología que reconoce solo lo que puede medir con sus propios instrumentos.

La paradoja se vuelve evidente cuando se observa quién termina beneficiándose de los sistemas de reconocimiento formal de las MTCT. La Organización Panamericana de la Salud sitúa el reconocimiento de los saberes ancestrales y de la medicina tradicional entre las líneas de acción prioritarias para la región⁽³⁴⁾. La literatura latinoamericana muestra, no obstante, que los mecanismos de reconocimiento profesional pueden operar como instrumentos de exclusión de las propias comunidades que sostienen esas prácticas^(26,35). En muchos contextos, son los profesionales de salud biomédicos quienes realizan formaciones complementarias en prácticas tradicionales y obtienen la acreditación institucional necesaria para practicarlas legalmente, mientras los poseedores originales de esos saberes quedan excluidos de los espacios de reconocimiento formal por no poseer las credenciales biomédicas de base exigidas.

El resultado es una inversión perversa: la integración institucional de las MTCT puede funcionar como mecanismo de transferencia de legitimidad de los poseedores hacia los apropiadores, exactamente el proceso que la estrategia de la OMS declara querer prevenir. Una política comprometida con la justicia cognitiva –noción con la que Visvanathan⁽³⁶⁾ nombra el derecho de las distintas formas de conocimiento a coexistir en una pluralidad que va más allá de la tolerancia, y exige

el reconocimiento activo de la diversidad– tendría que partir de premisas radicalmente distintas: reconocer las formas de transmisión propias de cada sistema como criterios legítimos de calificación, construir mecanismos de certificación con las comunidades poseedoras y no para ellas, y garantizar que el reconocimiento institucional amplíe y no sustituya la legitimidad comunitaria de quien siempre fue guardián de esos saberes.

En Brasil, la acupuntura muestra esa inversión en detalle. Circulan hoy tres versiones del saber, resultado de una triple hibridación sucesiva: la medicina clásica china, anterior al siglo XX; la medicina tradicional china, oficializada en 1958 bajo influencia del pensamiento científico moderno; y una tercera, surgida en Occidente después de la década de 1970 y conocida como acupuntura científica o neurofuncional, que poco conserva de la acupuntura tradicional más allá de la inserción de las agujas⁽³⁵⁾. Es esa tercera, y no las dos primeras, la que circula con mayor legitimidad en los servicios y en los protocolos. Ese patrón es visible en la disputa corporativa por la titularidad de la práctica, que atravesó la década de 1990 y desembocó en dos trayectorias normativas convergentes. La Ley 12842 de 2013, conocida como *Lei do Ato Médico*, fue sancionada vetando la definición amplia de procedimiento invasivo que habría convertido la acupuntura en una práctica privativa del médico⁽³⁷⁾. La Ley 15345 de enero de 2026, derivada del proyecto presentado en 2003 para regular su ejercicio multiprofesional, reconoció el ejercicio de la acupuntura a graduados de nivel superior en el área, profesionales de la salud con título de especialista y personas que acrediten cinco años ininterrumpidos de actividad, pero fue sancionada con el veto al inciso que contemplaba a los portadores de diploma de curso técnico⁽³⁸⁾. Aun tras la inclusión de la acupuntura en la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias, el acceso continúa mayoritariamente condicionado –tanto en el Sistema Único de Salud (SUS) como en la salud suplementaria– a la derivación y a la prescripción médica⁽⁹⁾. El recorrido normativo brasileño muestra la inversión en su forma más concreta: la ley que por fin reconoce la práctica es también la que define quién queda fuera de ella.

Lo que emerge de esta lectura no es la imagen de una estrategia mal intencionada, sino de un documento que alcanza los límites de lo que es posible decir y proponer dentro de las estructuras institucionales que lo producen. La OMS opera dentro de marcos de gobernanza global que exigen comparabilidad, mensurabilidad y regulación, y esos marcos cargan, en su arquitectura, la colonialidad del saber que el pensamiento decolonial ha nombrado y criticado^(5,6). Nombrar esos límites no es disminuir el valor político del documento: es reconocer que ninguna estrategia institucional, por más progresista que sea, resuelve sola las contradicciones que la produjeron. Ese trabajo, el de imaginar y construir formas de integración que no operen bajo la lógica de la captura, pertenece a investigadores, gestores, practicantes y a las propias comunidades poseedoras de esos

saberes. Es sobre lo que eso exige, concretamente, que nos detenemos a continuación.

Integrar sin asimilar

Ch'ixi, justicia cognitiva e implicación epistemológicamente responsable

El debate sobre la integración de las MTCTI en los sistemas oficiales de salud frecuentemente se organiza en torno a una falsa dicotomía: por un lado, la resistencia conservadora que rechaza cualquier forma de reconocimiento institucional de las prácticas tradicionales; y, por el otro, el entusiasmo integracionista que celebra la inclusión sin cuestionar los términos en que ocurre. Lo que el análisis de la estrategia evidencia es que el segundo polo de esa dicotomía puede ser tan problemático como el primero, no porque la integración sea indeseable, sino porque una integración que exige la conformación de los saberes tradicionales a las categorías y parámetros del sistema que los incorpora no es, de hecho, integración: es asimilación^(5,8,9). La asimilación, por más bien intencionada que sea, opera bajo la misma lógica colonial que históricamente silenció esos saberes, solo que con otros ropajes institucionales.

La filósofa y socióloga boliviana Silvia Rivera Cusicanqui⁽²¹⁾ ofrece un concepto que rompe esa dicotomía con precisión: el *ch'ixi*. Derivado del aymara, el término describe una textura de manchas, el gris que no resulta de la mezcla del negro con el blanco, sino de su coexistencia, donde cada color mantiene su especificidad y los dos producen juntos algo que no borra a ninguno de ellos. Aplicado al campo de las políticas de salud, el *ch'ixi* propone un horizonte radicalmente diferente al del modelo integrativo asimilacionista: no la síntesis armoniosa entre biomedicina y sistemas tradicionales, sino su coexistencia tensa, productiva y simétrica, en la que ningún sistema necesita justificarse en los términos del otro para existir con dignidad dentro de un mismo campo institucional⁽²¹⁾. La fortaleza de un sistema de salud plural no reside en la uniformización de los saberes y las prácticas que lo conforman, sino en su capacidad de sostener sus diferencias sin convertirlas en relaciones de subordinación o jerarquía.

Este horizonte político encuentra un diálogo fructífero, aunque tenso, con el proyecto del pluriverso desarrollado por Escobar⁽³⁹⁾. Para el autor, el mundo no es un universo con una única modernidad a la que todos los pueblos deben aproximarse por caminos distintos, sino un pluriverso, un mundo hecho de muchos mundos, cada uno con sus propias ontologías y sus propias formas de concebir la vida, el cuerpo, el territorio y el cuidado. Aplicado al campo de las MTCTI, este argumento implica que la pregunta no es cómo integrar los sistemas médicos tradicionales en un sistema de salud moderno y universal, sino cómo reconocer que cada sistema médico

presupone una ontología propia y que una política genuinamente plural tendría que ser capaz de sostener esa pluralidad sin reducirla a variaciones culturales de un mismo sustrato biomédico.

La tensión entre los dos referentes es, sin embargo, productiva. Rivera Cusicanqui⁽²¹⁾ mantiene una postura de desconfianza más radical respecto a los proyectos institucionales de reconocimiento, incluidos los que invocan el pluriverso como horizonte, alertando sobre el riesgo de que la retórica de la descolonización sea capturada por las mismas instituciones que perpetúan la colonialidad. El *ch'ixi* no es un proyecto de síntesis ni de diálogo gestionado institucionalmente: es una práctica de coexistencia que acontece en los intersticios, en los márgenes, en los espacios donde los sistemas se encuentran sin que ninguno domine al otro. Esta postura tiene implicaciones directas para el modo en que evaluamos el alcance y los límites de la estrategia: aunque el documento incorpore todos los referentes críticos disponibles, el cambio estructural que esos referentes exigen no puede ser producido por un documento institucional. Solo puede ser acompañado, reconocido y, cuando mucho, no obstaculizado por él.

Es en ese punto donde la postura de quien investiga y formula políticas en ese campo se vuelve decisiva. Si todo conocimiento es situado y parcial⁽¹³⁾, entonces la pretensión de distanciamiento aséptico que la ciencia hegemónica prescribe como condición de objetividad no es solo imposible: es una elección política con consecuencias sobre lo que se ve y lo que permanece invisible. Haraway⁽¹³⁾ nombra con precisión el problema: la ilusión de una visión desde “ningún lugar”, lo que ella llama *god trick*, no produce una objetividad más fuerte, sino más frágil, porque se niega a reconocer los límites y las condiciones de la propia perspectiva. Harding⁽⁴⁰⁾ radicaliza ese argumento al proponer el concepto de objetividad fuerte: la objetividad exige someter también a examen crítico la posición social de quien conoce, los supuestos que orientan la investigación y las condiciones sociales de producción del conocimiento. El conocimiento producido desde perspectivas explícitamente situadas y reflexivamente declaradas puede ser más robusto que aquel que borra sus condiciones de producción. Reconocer los límites derivados de la propia posición social e institucional permite, así, interrogar aquello que esa posición tiende a dejar fuera de campo.

Lo que proponemos nombrar como “implicación epistemológicamente responsable”^(8,9) parte de ese referencial para enunciar una postura concreta para investigadores y gestores en el campo de las MTCTI. El término tiene genealogía propia: el análisis institucional lo formuló para nombrar al conjunto de vínculos, afectivos e institucionales, que atan a quien investiga al campo en que interviene, y que ninguna neutralidad declarada suspende⁽⁴¹⁾. Lo que aquí proponemos lleva ese uso al terreno epistemológico y pone el énfasis en el carácter interventivo de la producción de conocimiento,

aspecto que permite distinguirla de la reflexividad y de la objetividad fuerte. Estar implicado significa reconocer que quien conoce no permanece exterior al campo que estudia: sus elecciones teóricas y metodológicas, sus compromisos, sus vínculos institucionales y las formas mediante las cuales nombra, traduce y valida un saber participan también en la configuración de ese campo. En el campo de las MTCTI, esto adquiere particular relevancia porque lo que está en disputa son los criterios mismos por los cuales un saber es considerado válido. La implicación epistemológicamente responsable opera, por ello, sobre las reglas según las cuales el conocimiento es juzgado y exige que esas reglas sean negociadas con quienes sostienen los saberes evaluados. Esa negociación no supone renunciar al escrutinio crítico ni convertir la pluralidad epistemológica en relativismo. Por el contrario, exige hacer explícitas y discutibles las decisiones mediante las cuales se produce la validación, precisamente porque esas decisiones no son neutras y tienen consecuencias. Esta postura se despliega en tres dimensiones: un examen reflexivo del proceso metodológico que interrogue cómo se observó y qué presupuestos intervinieron en cada decisión; una interlocución crítica que confronte el análisis con perspectivas capaces de contradecirlo, no para validarlo, sino para revelar aquello que la propia posición no permite ver; y una responsabilidad por los efectos que las decisiones de investigación, traducción y validación producen sobre las personas, las prácticas y los sistemas que ese conocimiento puede orientar. Implicarse epistemológicamente de forma responsable es, en ese sentido, una exigencia de rigor, no su negación^(13,40).

Esa coexistencia no es solo un horizonte teórico: existen experiencias que, sin resolverla, la encarnan con la tensión productiva que Rivera Cusicanqui reconocería como *ch'ixi*. Los kallawayas de Bolivia, curanderos itinerantes cuya cosmovisión andina fue proclamada Obra Maestra del Patrimonio Oral e Intangible en 2003 e inscrita en 2008 en la Lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial⁽⁴²⁾, ejercen una medicina ancestral que sigue constituyendo la base de la economía local y que convive con los servicios biomédicos sin que ninguno haya absorbido al otro. En el altiplano boliviano, esa convivencia ha sido documentada como asimétrica y a la vez persistente: la demanda comunitaria circula entre unos y otros según criterios propios de cada colectividad, y no según una jerarquía institucional impuesta desde afuera⁽²²⁾. En México, Campos Navarro documentó la persistencia de prácticas curanderiles que mantienen plena legitimidad comunitaria a pesar de su exclusión del sistema formal de salud⁽⁴³⁾, configurando complementariedades no gestionadas institucionalmente, sostenidas por las propias comunidades. En Colombia, el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), establecido por el Decreto Ley 480 de 2005 en desarrollo del régimen especial creado por el Decreto Ley 1953

de 2014, fue diseñado con y por los pueblos indígenas, en articulación complementaria con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con financiamiento diferenciado y gobernanza territorial propia. Es el intento más reciente de garantizar institucionalmente esa coexistencia sin subordinación, y demasiado reciente aún para evaluar su implementación⁽⁴⁴⁾. Lo que estas experiencias comparten no es el éxito de la integración, sino la persistencia de una diferencia que resiste ser disuelta: la señal, precisamente, de que el *ch'ixi* no es un ideal inalcanzable, sino una realidad intermitente que las políticas de salud pueden, en el mejor de los casos, aprender a no destruir.

Del principio a la condición: exigencias prácticas

Para gestores y formuladores de políticas, esto se traduce en exigencias prácticas: garantizar que los procesos de regulación e integración de las MTCTI incluyan a los propios poseedores de los saberes como participantes activos, no como informantes consultados después de tomadas las decisiones. Significa construir espacios de diálogo con las comunidades practicantes, aceptar metodologías diversas para sistemas diversos y reconocer que algunos sistemas de cuidado pueden rechazar legítimamente los términos de la integración, y que ese rechazo no es obstáculo al progreso, sino expresión de una soberanía epistémica que cualquier política comprometida con la justicia cognitiva debe respetar^(5,6,9). La justicia cognitiva no es un ideal abstracto: sin reconocimiento de la diversidad epistemológica del mundo no habrá equidad en salud⁽³⁶⁾, una exigencia para sistemas que pretendan ser universales y seguros.

Concretamente, esto supone garantizar asientos deliberativos y no apenas consultivos en los órganos que definen criterios de evidencia, protocolos regulatorios y diseños de integración; pactar los instrumentos de evaluación antes de su aplicación, en vez de legitimarlos después; y transferir a las propias comunidades poseedoras, al menos en parte, la gestión de los recursos de investigación e implementación.

Consideraciones finales

La Estrategia Mundial sobre Medicina Tradicional 2025-2034 de la OMS llega en un momento en que la demanda por sistemas de salud más plurales, equitativos y culturalmente responsivos ya no puede ser ignorada por las instituciones de salud global. Los desplazamientos que el documento opera respecto a las estrategias anteriores de la OMS reflejan décadas de presiones de comunidades, movimientos sociales e investigadores críticos so-

bre estructuras históricamente resistentes al cambio. Ese esfuerzo acumulado merece ser nombrado antes de cualquier crítica.

Lo que este ensayo buscó mostrar, sin embargo, es que el avance político no disuelve las contradicciones epistemológicas más profundas que el campo aún necesita enfrentar. La estrategia reconoce la diversidad epistémica, pero los instrumentos que moviliza para concretizarla cargan, en su arquitectura, la colonialidad del saber que pretenden superar. Nombra derechos, pero propone mecanismos de protección que presuponen la traducción de los saberes tradicionales a soportes occidentales, un gesto simultáneamente protector y transformador cuya ambivalencia el documento no enfrenta. Abre espacio para metodologías diversas, pero las subordina a criterios de evidencia que tornan invisible lo que hace del cuidado integrativo una experiencia ontológicamente distintiva. Estas no son fallas corregibles mediante ajustes técnicos: son tensiones estructurales que reflejan los límites de lo que es posible decir y proponer dentro de las instituciones de salud global; instituciones que operan, necesariamente, dentro de marcos de gobernanza que exigen comparabilidad, mensurabilidad y regulación. Reconocer esos límites no es un gesto para desistir: es el punto de partida para el trabajo que aún debe hacerse fuera y más allá de esas instituciones, en las comunidades, en los territorios y en las relaciones de cuidado donde esos saberes viven y resisten.

Una tensión permanece deliberadamente abierta en este ensayo: la que existe entre el horizonte de la coexistencia *ch'ixi* y las exigencias operacionales de las políticas públicas de salud a gran escala. ¿Cómo regular sin capturar? ¿Cómo garantizar seguridad sin uniformizar? ¿Cómo construir criterios de evaluación que sean al mismo tiempo rigurosos y epistemológicamente plurales? No tenemos respuestas prontas para esas preguntas, y desconfiamos de quien asevera tenerlas. Lo que podemos afirmar es que esas preguntas deben ser formuladas en conjunto con las comunidades poseedoras de los saberes que las políticas pretenden incluir, y que esos poseedores necesitan dejar de ser consultados para convertirse en parte constitutiva de las decisiones, condición esencial para cualquier avance real.

La agenda de investigación que este ensayo deja abierta es, en ese sentido, tan importante como las respuestas que procura ofrecer. Son necesarios estudios empíricos que documenten, con rigor y con las propias comunidades como interlocutoras activas, lo que sucede en los sistemas médicos tradicionales cuando se los somete a los procesos de integración y regulación que la estrategia de la OMS propone, no solo en el plano de los resultados de salud, sino en el plano de la transformación de las prácticas, de las relaciones de poder y de las ontologías involucradas. Son necesarias metodologías de investigación que sean, ellas mismas,

epistemológicamente plurales: que sepan escuchar lo que los instrumentos biomédicos no oyen, que reconozcan el valor epistémico del conocimiento producido en contextos no académicos y que devuelvan a las comunidades no solo los resultados, sino el control sobre el proceso.

Lo que está en juego, fundamentalmente, es la posibilidad de sistemas de salud capaces de sostener, sin jerarquizar, la complejidad de lo que significa existir y cuidar en un mundo plural. No como concesión, sino como condición para transformar la pluralidad epistémica y la equidad en salud no solo en horizonte distante, sino en una construcción concreta del presente.

FINANCIAMIENTO

El presente trabajo fue realizado con el apoyo de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Código de financiamiento 001.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener vínculos que condicionen lo expresado en el texto y que puedan ser comprendidos como conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN AUTORAL

Thabata Cristina Rosa Negrete: Conceptualización; Investigación; Redacción: borrador original; Redacción: revisión y edición. **Helena Carla Gonçalves Ferreira:** Conceptualización; Redacción: revisión y edición. **Antonio Rodrigues Ferreira Júnior:** Redacción: revisión y edición.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global traditional medicine strategy 2025–2034 [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 18 ago 2026]. Disponible en: <https://tinyurl.com/knzsd5pw>
2. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy 2002–2005 [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [citado 18 ago 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/67163>
3. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy 2014–2023 [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [citado 18 ago 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/92455>
4. Walsh C. Interculturalidad, estado, sociedad: luchas (de)coloniales de nuestra época. Quito: Abya-Yala; 2009.
5. Quijano A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En: Lander E, editor. La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales: perspectivas latinoamericanas. Buenos Aires: CLACSO; 2000. p. 201–246.
6. Ballestrin L. América Latina e o giro decolonial. Revista Brasileira de Ciência Política. 2013;(11):89–117. doi: [10.1590/S0103-33522013000200004](https://doi.org/10.1590/S0103-33522013000200004)
7. Hall S. Encoding/decoding. En: Hall S, Hobson D, Lowe A, Willis P, editors. Culture, media, language. London: Hutchinson; 1980. p. 128–138.

8. Rosa Negrete TC, Ferreira Júnior AR. Biomedical limits and emancipatory possibilities: a cultural analysis of traditional, complementary, and integrative medicine in Women's health. *Frontiers in Global Women's Health*. 2026;7:1757757. doi: [10.3389/fgwh.2026.1757757](https://doi.org/10.3389/fgwh.2026.1757757)
9. Rosa Negrete TC. A potência de abraçar a complexidade do ser: saúde da mulher e as medicinas tradicionais, complementares e integrativas [Tesis de maestría]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2023.
10. Latour B. *Reassembling the social: an introduction to actor-network-theory*. Oxford: Oxford University Press; 2005.
11. Law J. Notes on the theory of the actor-network: ordering, strategy, and heterogeneity. *Systems Practice*. 1992;5(4):379-393. doi: [10.1007/BF01059830](https://doi.org/10.1007/BF01059830)
12. Mignolo WD. *Local histories/global designs: coloniality, subaltern knowledges, and border thinking*. Princeton: Princeton University Press; 2000.
13. Haraway D. Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. En: *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinvención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra; 1995. p. 313-346.
14. Merleau-Ponty M. *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Península; 1975.
15. Good BJ. *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
16. Kleinman A. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books; 1988.
17. Verhoef MJ, Lewith G, Ritenbaugh C, Boon H, Fleishman S, Leis A. Complementary and alternative medicine whole systems research: beyond identification of inadequacies of the RCT. *Complementary Therapies in Medicine*. 2005;13(3):206-212. doi: [10.1016/j.ctim.2005.05.001](https://doi.org/10.1016/j.ctim.2005.05.001)
18. Walach H, Falkenberg T, Fønnebo V, Lewith G, Jonas WB. Circular instead of hierarchical: methodological principles for the evaluation of complex interventions. *BMC Medical Research Methodology*. 2006;6:29. doi: [10.1186/1471-2288-6-29](https://doi.org/10.1186/1471-2288-6-29)
19. Organización Mundial de la Salud. Condiciones de la medicina tradicional, Módulo 1 (MT1). En: *Clasificación Internacional de Enfermedades*, 11.^a revisión: Guía de referencia [Internet]. Ginebra: OMS; 2025 [citado 11 sep 2026]. Disponible en: <https://tinyurl.com/mwe6pauc>
20. Nigenda G, Mora-Flores G, Aldama-López S, Orozco-Núñez E. La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. *Salud Pública de México*. 2001;43(1):41-51.
21. Rivera Cusicanqui S. *Ch'ixinakax utxiwa: una reflexión sobre prácticas y discursos descolonizadores*. Buenos Aires: Tinta Limón; 2010.
22. Fernández Juárez G. *Médicos y yatiris: salud e interculturalidad en el altiplano aymara*. La Paz: CIPCA; 1999.
23. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [citado 18 ago 2026]. Disponible en: <https://tinyurl.com/bdzfdka7>
24. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13(1):195-206. doi: [10.1590/S1413-81232008000100024](https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100024)
25. Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2008;42(5):914-920. doi: [10.1590/S0034-89102008000500018](https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000500018)
26. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 2003;8(1):185-207. doi: [10.1590/S1413-81232003000100014](https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014)
27. Campos Navarro R, Peña Sánchez EY, Maya AP. Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016). *Salud Colectiva*. 2017;13(3):443-455. doi: [10.18294/sc.2017.1115](https://doi.org/10.18294/sc.2017.1115)
28. World Health Organization. WHO Global Summit charts a bold future for traditional medicine [Internet]. Ginebra: WHO; 2025 [citado 19 ago 2026]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2tkx4t7k>
29. Declaración de Delhi sobre Medicina Tradicional [Internet]. Segunda Cumbre Mundial de la OMS sobre Medicina Tradicional; Nueva Delhi; 19 dic 2025 [citado 19 ago 2026]. Disponible en: <https://tinyurl.com/32e34tka>
30. Agrawal A. Indigenous knowledge and the politics of classification. *International Social Science Journal*. 2002;54(173):287-297. doi: [10.1111/1468-2451.00382](https://doi.org/10.1111/1468-2451.00382)
31. Fredriksson M. India's Traditional Knowledge Digital Library and the politics of patent classifications. *Law and Critique*. 2023;34(1):1-19. doi: [10.1007/s10978-021-09299-7](https://doi.org/10.1007/s10978-021-09299-7)
32. Ricaurte P. Data epistemologies, the coloniality of power, and resistance. *Television & New Media*. 2019;20(4):350-365. doi: [10.1177/1527476419831640](https://doi.org/10.1177/1527476419831640)
33. Milan S, Treré E. Big data from the South(s): beyond data universalism. *Television & New Media*. 2019;20(4):319-335. doi: [10.1177/1527476419837739](https://doi.org/10.1177/1527476419837739)
34. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025 [Internet]. Washington DC: OPS; 2019 [citado 18 ago 2026]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51745>
35. Contatore OA, Tesser CD, Barros NF. Medicina chinesa/acupuntura: apontamentos históricos sobre a colonização de um saber. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2018;25(3):841-858. doi: [10.1590/S0104-59702018000400013](https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000400013)
36. Visvanathan S. The search for cognitive justice. *India Seminar* [Internet]. 2009 [citado 18 ago 2026]. Disponible en: <https://tinyurl.com/3dze7k66>
37. Brasil. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013: Dispõe sobre o exercício da Medicina [Internet]. 2013 [citado 16 ago 2026]. Disponible en: <https://tinyurl.com/5f98tyw8>
38. Brasil. Lei nº 15.345, de 12 de janeiro de 2026: Regulamenta o exercício profissional de acupuntura [Internet]. 2026 [citado 16 ago 2026]. Disponible en: <https://tinyurl.com/fspbkvrp>
39. Escobar A. *Designs for the pluriverse: radical interdependence, autonomy, and the making of worlds*. Durham: Duke University Press; 2018.

40. Harding S. Whose science? Whose knowledge?: Thinking from women's lives. Ithaca (NY): Cornell University Press; 1991.
41. Lourau R. El análisis institucional. Buenos Aires: Amorrortu; 1975.
42. UNESCO. La cosmovisión andina de los kallawayas [Internet]. París: UNESCO; 2008 [citado 18 ago 2026]. Disponible en: <https://tinyurl.com/5n7azrzw>
43. Campos Navarro R. Nosotros los curanderos. México: Nueva Imagen; 1997.
44. Colombia. Decreto Ley 480 de 2025 Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. 2025 [citado 18 ago 2026]. Disponible en: <https://tinyurl.com/bddcfxyc>

FORMA DE CITAR

Rosa Negrete TC, Ferreira HCG, Ferreira Júnior AR. Lo que avanza y lo que resiste: una lectura cultural y decolonial de las implicancias epistemológicas de la Estrategia Mundial sobre Medicina Tradicional 2025-2034 de la OMS. Salud Colectiva. 2026;22:e6230. doi: 10.18294/sc.2026.6230.



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0). <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Atribución — Se debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante. Sin restricciones adicionales — No se pueden aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras personas a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Recibido: 31 mar 2026 | Versión final: 21 ago 2026 | Aprobado: 9 sep 2026 | Publicado en línea: 23 sep 2026