

Plantas medicinales, autoatención y salud bucal: patrimonio biocultural campesino en una comunidad rural de Antioquia, Colombia

Medicinal plants, self-care, and oral health: peasant biocultural heritage in a rural community in Antioquia, Colombia

Laura Barreto Bedoya¹, David Cañas Laverde², Mariana Cano Girón³, Deisy Lorena Fuentes Aguirre⁴, Nury de Jesús Bedoya Rodríguez⁵, Ángel Darío Barreto Díaz⁶, Liliana Andrea Bedoya Rodríguez⁷, Paulina Díaz Mosquera⁸

¹Estudiante de Odontología, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.  ²Estudiante de Odontología, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.  ³Estudiante de Odontología, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. 

⁴Estudiante de Odontología, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.  ⁵Actora comunitaria, Antioquia, Colombia. 

⁶Autor comunitario, Antioquia, Colombia.  ⁷Actora comunitaria, Antioquia, Colombia.  ⁸**Autora de correspondencia.** Magíster en Salud Colectiva. Profesora asociada, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. 

RESUMEN En América Latina, las prácticas comunitarias de autoatención con plantas medicinales para el cuidado de la salud bucal permanecen escasamente comprendidas, en un contexto donde persisten jerarquías epistémicas que deslegitiman estos saberes y donde el patrimonio biocultural que los sustenta se encuentra en riesgo de erosión. Este estudio exploró las prácticas de autoatención con plantas medicinales para el cuidado de la salud bucal en la comunidad campesina de la vereda Pantanillo, municipio de San Pedro de los Milagros, Antioquia, Colombia, entre mayo y septiembre de 2025. Mediante un enfoque etnográfico, se integraron observación participante, entrevistas semiestructuradas a 19 participantes, notas de campo y fotovoz. El análisis identificó cuatro categorías: salud como equilibrio y autonomía terapéutica, saber heredado y practicado en la relación cotidiana con las plantas, erosiones y persistencias del patrimonio biocultural, y plantas medicinales y salud bucal. Se documentaron 14 plantas con usos específicos en salud bucal para el manejo del dolor, la inflamación y la cicatrización. Los hallazgos muestran que la autoatención constituye un sistema de conocimiento con racionalidad propia, dentro del cual las plantas medicinales son uno de los recursos terapéuticos sustentado en criterios locales de dosificación, selección de especies y transmisión intergeneracional que se articula con la biomedicina en itinerarios terapéuticos híbridos.

PALABRAS CLAVES Plantas Medicinales; Salud Bucal; Salud Rural; Autocuidado; Fitoterapia; Colombia.

ABSTRACT In Latin America, community-based self-care practices involving medicinal plants for oral health remain poorly understood, in a context where epistemic hierarchies that delegitimize such knowledge persist and the biocultural heritage underpinning these practices is at risk of erosion. This study explored self-care practices involving medicinal plants for oral health among the peasant community of Pantanillo, a rural settlement in the municipality of San Pedro de los Milagros, Antioquia, Colombia, between May and September 2025. Using an ethnographic approach, the study combined participant observation, semi-structured interviews with 19 participants, field notes, and photovoice. The analysis identified four categories: health as balance and therapeutic autonomy; knowledge inherited and enacted through everyday relationships with plants; erosion and persistence of biocultural heritage; and medicinal plants and oral health. Fourteen plants with specific oral health uses were documented for the management of pain and inflammation and to promote healing. The findings show that self-care constitutes a knowledge system with its own rationality, within which medicinal plants are one of the therapeutic resources, grounded in local criteria for dosage, species selection, and intergenerational transmission, and articulated with biomedicine through hybrid therapeutic itineraries.

KEYWORDS Medicinal Plants; Oral Health; Rural Health; Self-Care; Phytotherapy; Colombia.

Introducción

En los últimos años, la coexistencia y validación de diferentes paradigmas médicos ha adquirido un papel central en las políticas sanitarias globales. Las medicinas tradicionales, complementarias e integrativas (MTCI), tal como las define la Organización Mundial de la Salud (OMS), engloban sistemas y prácticas que, desde contextos históricos y culturales diversos, se han integrado progresivamente a los sistemas contemporáneos de salud⁽¹⁾. La Estrategia de la OMS sobre MTCI 2025-2034 plantea su integración con las prácticas biomédicas bajo principios de evidencia, equidad y respeto a la diversidad cultural, con una visión orientada al acceso universal a servicios seguros y centrados en las personas⁽²⁾. Desde la Declaración de Alma-Ata de 1978 y su actualización en la Declaración de Astaná de 2018, la Atención Primaria en Salud ha enfatizado la participación comunitaria y la pertinencia cultural como pilares de sistemas sanitarios más equitativos. Sin embargo, la incorporación normativa de la medicina tradicional convive con asimetrías estructurales persistentes en la legitimación del conocimiento en salud, lo que evidencia una brecha entre el discurso integrador de las políticas y las prácticas efectivas de los sistemas de atención.

Este debate cobra especial relevancia en América Latina y el Caribe, región con una rica diversidad de medicinas tradicionales indígenas, campesinas y afrodescendientes⁽¹⁾. Esta investigación se sustenta en la antropología médica crítica, perspectiva desde la cual se analizan las relaciones de poder que atraviesan la producción y legitimación del conocimiento en salud. Desde esta corriente, Menéndez describió la configuración de un modelo médico hegemónico (MMH) caracterizado por la centralidad del saber biomédico y la subordinación de otros sistemas de atención^(3,4). Esta hegemonía produce jerarquías epistémicas que desvalorizan prácticas comunitarias como el uso de plantas medicinales, pese a su eficacia histórica y vigencia sociocultural⁽³⁾. En este marco, el término *biomedicina* designa aquí el modelo médico hegemónico de fundamento biologicista e individual que se ha posicionado jerárquicamente frente a otros sistemas de atención⁽⁴⁾. Reconocer la validez de los saberes locales es tanto un imperativo ético como una condición para construir sistemas de salud equitativos e interculturales.

Dentro de este marco, la autoatención constituye el eje conceptual de este estudio. Menéndez la define como el conjunto de representaciones y prácticas mediante las cuales los sujetos y sus grupos primarios diagnostican, atienden y previenen sus padecimientos sin la intervención directa de profesionales, y la sitúa como el primer nivel real y más constante de atención en cualquier sociedad⁽³⁾. Lejos de ser un saber residual o precario, la autoatención opera como un sistema dinámico con racionalidad propia que selecciona y combina recursos de distintos modelos médicos según

criterios de accesibilidad, eficacia percibida y experiencia acumulada^(3,4).

El uso de plantas medicinales no puede analizarse al margen de los territorios donde se cultivan, circulan y adquieren significado. Toledo y Barrera-Bassols propusieron el concepto de *memoria biocultural* para referirse a la interrelación entre biodiversidad, conocimientos tradicionales y prácticas productivas locales, y subrayaron que diversidad biológica y cultural se co-constituyen en procesos históricos de manejo y cuidado⁽⁵⁾. Las huertas familiares trascienden su función productiva para configurarse como espacios de memoria, identidad y reproducción de saberes terapéuticos. La erosión del patrimonio biocultural, asociada a la transformación de las economías campesinas, la pérdida de biodiversidad y la migración, implica una disminución simultánea de recursos ecológicos y de las condiciones que sostienen su transmisión, con consecuencias directas sobre la equidad en salud^(5,6,7).

El uso de plantas medicinales ha desempeñado históricamente un papel central en el bienestar de diversas comunidades humanas, articulando dimensiones ecológicas, culturales y sanitarias⁽⁸⁾. En las últimas décadas, su utilización se ha expandido globalmente como alternativa o complemento a los medicamentos sintéticos, impulsada por su mayor accesibilidad y afinidad cultural⁽¹⁾. No obstante, este crecimiento ha estado acompañado de tensiones relativas al uso indiscriminado de especies vegetales, la variabilidad en la calidad de los productos comercializados y la limitada formación del personal sanitario⁽¹⁾. En el ámbito de la salud bucal, tradicionalmente dominado por enfoques clínico-operatorios, esta lógica ha limitado la exploración de alternativas terapéuticas basadas en plantas medicinales, aun cuando existe evidencia creciente sobre sus propiedades^(9,10,11) y sobre su uso en prácticas comunitarias de salud bucal, tanto indígenas^(1,12) como campesinas^(2,11,13).

En Colombia, aunque existen marcos normativos que regulan los productos fitoterapéuticos, persisten desafíos relacionados con la limitada documentación científica de numerosas especies de uso tradicional, la débil articulación entre actores institucionales y comunitarios, y el insuficiente reconocimiento de saberes campesinos, indígenas y afrodescendientes⁽¹⁾. En territorios rurales, las prácticas de autoatención continúan siendo estrategias estructurales frente a la desigualdad social y el acceso diferenciado a servicios especializados⁽³⁾, lo que configura el uso de plantas medicinales como dimensión constitutiva del cuidado cotidiano y componente clave del pluralismo médico local.

En el departamento de Antioquia, los huertos familiares han sido identificados como reservorios de biodiversidad con fines terapéuticos^(7,14), y el conocimiento sobre plantas medicinales se transmite intergeneracionalmente, configurando un acervo que articula experiencia empírica, memoria campesina y prácticas de cuidado^(6,7,14). Esta situación resulta particularmente

significativa en el municipio de San Pedro de San Pedro de los Milagros, cuya economía se fundamenta en la ganadería y la agricultura lechera. En la vereda Pantanillo, ubicada a aproximadamente 14 kilómetros de la cabecera municipal, residen cerca de 995 habitantes en 305 viviendas, con un índice de pobreza multidimensional del 20,1%⁽¹⁵⁾. En Colombia, el sistema de salud opera mediante un esquema de aseguramiento diferenciado según la capacidad de pago, estructurado en dos regímenes: el contributivo, para quienes tienen capacidad de cotización, y el subsidiado, destinado a la población en condición de pobreza y vulnerabilidad sin capacidad de pago (Ley 100 de 1993). Aunque la mayoría de la población está afiliada al sistema de salud, principalmente al régimen subsidiado, las condiciones socioeconómicas y territoriales configuran un escenario en el que las estrategias locales de cuidado mantienen un papel relevante⁽¹⁵⁾. La comunidad conserva una tradición arraigada en el cultivo y uso de plantas medicinales en huertas familiares, saberes heredados de ancestros campesinos e indígenas que se transmiten por la oralidad y la práctica cotidiana. Sin embargo, la migración y la disminución de la población mayor de 60 años plantean un riesgo de erosión progresiva del patrimonio biocultural local⁽¹⁵⁾.

La articulación entre autoatención con plantas medicinales, salud bucal y patrimonio biocultural en contextos campesinos latinoamericanos es un campo en el que persisten vacíos significativos, cuya comprensión es necesaria para avanzar hacia la justicia epistémica en salud y el diálogo intercultural en la atención primaria. En consecuencia, este estudio se orientó a responder la siguiente pregunta: ¿cómo se configuran las prácticas de cuidado de la salud bucal con plantas medicinales en la comunidad campesina de la vereda Pantanillo, municipio de San Pedro de los Milagros, Antioquia, en 2025? El objetivo fue comprender dichas prácticas en su contexto socioterritorial, mediante la identificación de las plantas medicinales

utilizadas, la descripción de sus formas de preparación y aplicación, y el análisis de los conocimientos y significados culturales asociados a su uso, aportando evidencia situada al debate sobre las posibilidades de diálogo intercultural en los sistemas de atención en salud.

Metodología

El estudio se desarrolló bajo un enfoque etnográfico, entendido como una aproximación interpretativa orientada a la comprensión situada de prácticas y significados, con delimitación temporal y temática a las prácticas de cuidado bucal con plantas medicinales⁽¹⁶⁾. Este enfoque se complementó con principios de participación y reciprocidad, reconociendo el valor epistémico de los saberes locales en salud en contextos de pluralismo médico⁽³⁾. El proceso metodológico se estructuró en fases interrelacionadas que combinaron producción de información, análisis y realimentación comunitaria.

Aproximación territorial

En la fase inicial se realizaron reuniones de planificación con el equipo gestor del proyecto, conformado por cuatro estudiantes y una profesora del programa de Odontología, junto con cuatro participantes comunitarias del territorio. Como estrategia de reconocimiento, se desarrolló una cartografía social participativa⁽¹⁷⁾, que permitió identificar la distribución espacial de las viviendas, ubicar a las familias con residencia permanente y reconocimiento comunitario en el uso terapéutico de plantas medicinales, y comprender aspectos relevantes de la organización local, constituyéndose además en espacio dialógico donde el territorio fue construido



Figura 1. Cartografía social participativa de la vereda Pantanillo, municipio de San Pedro de los Milagros, Antioquia, Colombia, 2025.

Fuente: Elaboración colectiva con actores comunitarios.

colectivamente como escenario de memoria y prácticas de cuidado (Figura 1).

Muestreo y participantes

Se empleó un muestreo intencional⁽¹⁸⁾, orientado a seleccionar familias reconocidas comunitariamente por su experiencia en el uso de plantas con fines terapéuticos. Los criterios de inclusión fueron: que tuvieran residencia permanente en la vereda, reconocimiento comunitario en el uso terapéutico de plantas medicinales y disposición voluntaria para participar en entrevistas y registros audiovisuales.

Se identificaron 12 familias, de las cuales 10 aceptaron participar y concertaron su vinculación al proceso. Se entrevistaron 13 mujeres y 6 varones con edades entre 33 y 81 años, residentes en la vereda desde hacía más de dos décadas, con actividades vinculadas a la agricultura y la ganadería y niveles educativos de básica primaria y secundaria.

La recolección de información se orientó por el principio de suficiencia informativa⁽¹⁹⁾, alcanzada cuando el

repertorio de plantas, usos y significados mostró estabilidad conceptual y no emergieron variaciones sustantivas.

Producción de información

Entre mayo y septiembre de 2025 se realizaron diez visitas familiares. La producción de información integró técnicas cualitativas con enfoque etnográfico^(16,20): observación participante, entrevistas semiestructuradas, notas de campo, registros sonoros y audiovisuales, y fotovoz⁽²¹⁾ (Figura 2).

La guía de entrevista exploró plantas utilizadas para el cuidado bucal, formas de preparación, modos de transmisión del saber y significados de la atención en salud. Las entrevistas se realizaron en los hogares con participación de distintos miembros del grupo familiar, favoreciendo la reconstrucción colectiva de saberes, con una duración promedio de 90 minutos. La observación de las huertas permitió contextualizar las narrativas en prácticas concretas de recolección y preparación. La técnica de fotovoz produjo 42 fotografías relacionadas con plantas, espacios de cultivo y prácticas de cuidado,



Figura 2. Registro visual de algunas actividades realizadas. Vereda Pantanillo, San Pedro de los Milagros, Antioquia, Colombia, 2025.

Fuente: Elaboración propia, archivo fotográfico del proyecto.

Nota: a) izquierda, momento de entrevista grupal; b) arriba derecha participante durante la aplicación de la técnica de fotovoz; c) abajo derecha recorrido colectivo por una huerta.

las cuales fueron abordadas como dispositivos narrativos visuales que ampliaron la comprensión de los significados atribuidos por los participantes^(21,22). Cuando se identificaron vacíos o ambigüedades durante el análisis, se realizaron contactos de ampliación con participantes claves, en coherencia con la lógica iterativa propia de la investigación cualitativa⁽²³⁾.

Proceso de análisis

El análisis se orientó desde una perspectiva etnográfica interpretativa. Las entrevistas fueron grabadas con autorización previa y transcritas de manera literal. Para la transcripción inicial se utilizó TurboScribe, herramienta de transcripción automática basada en inteligencia artificial, seguida de revisión manual por parte del equipo investigador. A partir de una lectura reiterada de entrevistas, notas de campo y registros visuales, se realizó una codificación progresiva⁽²⁴⁾, que buscó identificar unidades de significado en clave *emic*, relacionadas con repertorios de plantas, criterios locales de eficacia, formas de preparación y transmisión intergeneracional del saber. Las categorías emergentes fueron discutidas reflexivamente entre los integrantes del equipo hasta alcanzar consensos interpretativos, distinguiendo entre la perspectiva de los participantes y la lectura analítica del equipo investigador^(16,23).

Participación comunitaria en el proceso investigativo

Este estudio incorporó actores comunitarios como coinvestigadores activos, quienes contribuyeron al diseño de los instrumentos, orientaron el proceso de campo, aportaron contexto territorial y participaron en sesiones de análisis y en la revisión del manuscrito. Cabe señalar además que una de las estudiantes de odontología, integrante del equipo, tiene vínculos familiares y ancestrales en el territorio. Esta condición facilitó el acceso al campo y el establecimiento de vínculos de confianza con los participantes, al tiempo que demandó un ejercicio reflexivo sostenido frente a prácticas que forman parte de su propia historia familiar.

Calidad y reciprocidad

La credibilidad del estudio se fortaleció mediante triangulación de técnicas e investigadores y discusión colectiva de categorías⁽²³⁾. La reflexividad fue asumida como componente constitutivo del proceso, reconociendo la posición disciplinar del equipo y sus posibles lecturas reduccionistas^(16,25). Como parte del compromiso participativo y de reciprocidad ética, está en elaboración una cartilla gráfica impresa construida a partir de

los hallazgos, para socialización, discusión y entrega en una jornada comunitaria.

Consideraciones éticas

La investigación fue avalada por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, Concepto No. 221-2025, Acta No. 05. Se desarrolló conforme a los principios de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, clasificándose como investigación de riesgo mínimo⁽²⁶⁾. La participación fue libre y voluntaria, mediada por consentimiento informado escrito y autorización para el uso académico de registros. Para garantizar la confidencialidad, los participantes fueron identificados con seudónimos correspondientes a nombres de plantas medicinales de uso local.

Resultados

El análisis identificó cuatro categorías: equilibrio y autoatención que articula cuerpo y prácticas cotidianas; la transmisión intergeneracional del vínculo con las plantas; las transformaciones ambientales, productivas y sociales que erosionan ese patrimonio biocultural junto con las persistencias que las acompañan; y el uso concreto de plantas medicinales para el manejo del dolor, la inflamación y la cicatrización en la salud bucal.

La salud como equilibrio y autonomía terapéutica

En la comunidad, la salud se concibe como un proceso de equilibrio en el que las plantas medicinales constituyen la primera opción terapéutica. Esta noción atraviesa dos dimensiones articuladas, el cuerpo y las prácticas cotidianas, configurando una visión del bienestar que no separa al sujeto de su historia de cuidado.

En el nivel corporal, el equilibrio se expresa principalmente en la oposición entre lo caliente y lo frío, atributo que orienta la selección y el uso de algunas plantas. La ruda, considerada caliente, se emplea para aliviar dolores osteomusculares, mientras que la malva, clasificada como fría, se usa para refrescar el cuerpo. Los participantes señalan que el efecto de una planta depende también de su preparación y del momento en que se consume. Así lo expresa una de las participantes de mayor edad, para quien el riesgo no está en la planta en sí, sino en su uso:

“...ninguna planta hace daño, pero se deben dejar trasnochar para no calentar mucho el cuerpo con plantas calientes”. (Altamisa, mujer, 81 años)

Esta advertencia introduce un criterio de cautela que se articula con el reconocimiento de que no todos los cuerpos toleran igual las plantas calientes, lo que exige un conocimiento situado sobre cuál conviene a cada persona:

“...hay mucha gente que no puede tomar muchas aromáticas porque casi todas son calientes, entonces debe saber qué aromática puede tomar”. (Curazao, mujer, 44 años)

Ambos testimonios muestran que la lógica de lo caliente y lo frío opera como un saber práctico que ajusta la elección de la planta al cuerpo y a la situación, expresando una racionalidad de regulación del organismo en la que el exceso, en cualquier dirección, puede generar enfermedad.

En las prácticas cotidianas, el cuidado se sostiene en procesos de autoatención, en los que la familia y los mayores desempeñan un papel central. En contextos de acceso limitado a la atención biomédica, las madres asumían la responsabilidad del cuidado de la familia, consolidando una autonomía terapéutica construida desde la experiencia y la transmisión oral:

“Era muy difícil que la mamá o el papá lo llevaban a uno al médico. Eso era así a la chorota [con los recursos que se tenían]”. (Apio, hombre, 62 años)

Esta autonomía no implica rechazo a la biomedicina, sino una jerarquización pragmática de los recursos disponibles. La lógica predominante es de uso secuencial y complementario, primero lo casero y, si no hay mejoría, se acude al médico o se combinan plantas con fármacos. Esta racionalidad terapéutica opera con criterios de decisión precisos y consistentes:

“...para la deshidratación, lo primero que hace uno es un vaso de agua con una cucharada de maicena, la revuelve y toma una vez cada dos horas; si al tomar eso por tres veces no se detiene, entonces ya uno acude al médico”. (Diente de León, mujer, 66 años)

“...en mi caso uno siempre hace la bebida de hojas de limoncillo con flores de sauco para la gripe, pero si uno ya está más grave o tiene mucho dolor ya se toma una pastilla”. (Apio, hombre, 62 años)

La confianza en las plantas descansa en una concepción del cuerpo como agente selectivo, capaz de integrar solo lo que le es útil:

“...el cuerpo no recibe sino lo que necesita, ya lo otro lo eliminamos”. (Saucu, hombre, 81 años)

Esta confianza coexiste con un llamado a la biomedicina, que los participantes perciben como limitada para comprender ciertas enfermedades y excesiva en su dependencia de fármacos. Esa crítica expresa, más que un rechazo, una demanda de reconocimiento, la exigencia de que el saber popular sea considerado conocimiento legítimo en el encuentro clínico y no una creencia a corregir:

“...hay enfermedades que los médicos no conocen, las maltratan y no las curan”. (Saucu, hombre, 81 años)

“...muy importante ya que se inclinen las universidades a cosas naturales... uno dice, estoy tomando medicina natural y [responden los médicos] ¿eso para qué?, eso no sirve”. (Diente de León, mujer, 66 años)

La autonomía en la atención emerge así como una práctica cultural con racionalidad propia, articulada en criterios corporales de selección y dosificación, sostenida en redes de transmisión familiar y comunitaria, y orientada por una concepción del bienestar en la que el cuerpo, la experiencia acumulada y el saber heredado constituyen fuentes legítimas de conocimiento en salud.

Saber heredado y practicado: la relación cotidiana con las plantas medicinales

La relación de las personas participantes con las plantas medicinales se configuró desde la infancia como un vínculo constitutivo de la vida doméstica, sostenido en el tiempo a través de la práctica cotidiana y la memoria familiar. Las plantas no son únicamente recursos para la enfermedad, sino presencias permanentes integradas al ritmo ordinario del cuidado:

“...yo he tenido mucha cosa medicinal... mucha mata”. (Altamisa, mujer, 81 años)

Este vínculo temprano se formó por inmersión. El aprendizaje ocurrió en la observación de los mayores, en la repetición de gestos domésticos y en la escucha de conversaciones cotidianas:

“...de niño lo que uno ve y escucha lo va aprendiendo”. (Orégano, hombre, 63 años)

La transmisión intergeneracional opera como fuente primaria de legitimación del saber. Lo que fue practicado por generaciones anteriores adquiere una autoridad que no requiere validación externa. La eficacia se sostiene en la experiencia acumulada, pues los antiguos enseñaron qué plantas usar y cómo confiar en ese conocimiento:

“...los antiguos ya sabían, entonces uno fue cogiendo esa experiencia”. (Durazno, mujer, 69 años)

Esta transmisión ha sido predominantemente oral y femenina. Son principalmente las madres, las abuelas y las vecinas mayores quienes concentran y circulan el saber, configurando redes informales de conocimiento que han operado como primera opción de tratamiento:

“Las señoras más viejas que yo, me decían: ‘hacele esta bebida, esta es muy buena’. Y yo no tenía que ir a donde el médico, sino a punta de bebidas que me decían”. (Altamisa, mujer, 81 años)

A esta transmisión oral se suma, en algunos hogares, la presencia de textos escritos, libros antiguos heredados de generaciones anteriores y materiales distribuidos por entidades gubernamentales. Este uso habla de una voluntad activa de preservación y de su valor como complementos de la práctica y la oralidad, que siguen siendo las formas primarias de aprendizaje y transmisión.

“...las ideas de los antepasados a mí no se me olvidaron y también tenía un libro que era anti-güísimo”. (Saucu, hombre, 81 años)

Este sistema de conocimiento se expresa en la diversidad de formas de preparación y aplicación, bebidas, infusiones, baños, emplastos y aplicaciones directas, que evidencian un saber adaptable a distintas circunstancias, materiales disponibles y condiciones del padecimiento. Esta adaptabilidad técnica convive con criterios precisos de dosificación que revelan que el saber popular no es ingenuo frente a los riesgos del uso indiscriminado. Existe un principio de cautela incorporado en la práctica y transmitido junto con el conocimiento de las plantas mismas:

“...lo que cogiera en dos dedos apretadito era la dosis”. (Penicilina, mujer, 62 años)

“...el cidron son tres hojitas, o si es apio también tres hojitas”. (Apio, hombre, 62 años)

“Sí, es que todas las plantas en exceso son contraproducentes, porque mire, por ejemplo, el saucu. Una vecina le echó en exceso flores y la dejó dormida cuatro días”. (Diente de León, mujer, 66 años)

La dosificación precisa, la atención a las reacciones del cuerpo y la conciencia de los riesgos del exceso configuran un sistema interno de regulación que opera con una racionalidad propia.

La relación con las plantas trasciende lo individual y familiar para integrarse en redes de cuidado colectivo. Las personas participantes relatan prácticas de

intercambio entre vecinos que configuran un sentido solidario del cuidado, en el que el conocimiento y los recursos circulan con una lógica de reciprocidad:

“...cuando no tenemos una cosa, nos dice la vecina: de esto no tengo, pero de esto te sirve”. (Altamisa, mujer, 81 años)

“...con el ánimo de ayudar al prójimo”. (Saucu, hombre, 81 años)

La eficacia atribuida a las plantas articula dimensiones pragmáticas y simbólicas. La acción terapéutica incluye la intención, la fe y el vínculo afectivo con la práctica:

“...es con la fe que se les ponen a las plantas”. (Cidra, mujer, 51 años)

Esta dimensión simbólica expresa que el cuidado en esta comunidad es un acto que involucra al sujeto con su cuerpo, sus creencias y sus vínculos y no únicamente una intervención sobre síntomas. La relación cotidiana con las plantas se constituye así en un eje de memoria, identidad y reproducción del cuidado, en el que el saber acumulado por generaciones se mantiene vivo a través de la práctica, la comunidad y la confianza en lo heredado.

Patrimonio biocultural: erosiones y persistencias

Los resultados revelan un proceso complejo de reconfiguración en las formas de comprender, transmitir y ejercer el cuidado en el territorio. Esta transformación involucra dimensiones ecológicas, productivas, culturales y sociales que se entrecruzan y se refuerzan mutuamente, y que los propios participantes nombran.

La disminución en el uso y transmisión de plantas medicinales no se explica por desinterés individual sino por cambios concretos en el entorno físico. La expansión de la ganadería y los cultivos comerciales, la parcelación del territorio para vivienda de recreo y el uso sistemático de herbicidas y agroquímicos han transformado radicalmente el paisaje donde antes crecían las plantas de uso medicinal. La quema de potreros, práctica habitual en la ganadería extensiva para eliminar malezas y renovar el pasto, eliminó también otra vegetación que crecía en bordes y espacios intersticiales:

“...yo aquí tenía muchas plantas, pero con la quemada del pasto se acabó todo”. (Altamisa, mujer, 81 años)

“...se acabaron [las plantas medicinales] porque como tumbaron el monte, acabaron con todo”. (Durazno, mujer, 69 años)

Con esos montes [pequeños espacios de vegetación silvestre entre potreros y cultivos] desaparecieron algunas plantas junto con los lugares donde su reconocimiento y uso se practicaba y transmitía:

“...es una realidad porque mire, nosotros no vivíamos en un campo tan supremamente saturado de casas. ¿Y hoy en día a dónde está el campo abierto?” (Diente de León, mujer, 66 años)

La contaminación por agroquímicos agrega otra dimensión al problema. Las personas participantes establecen una conexión directa entre el modelo productivo dominante, el deterioro del territorio y el debilitamiento del propio cuerpo:

“Porque hoy en día estos potreros hay que fumigarlos, todo lo que nosotros estamos comiendo es pura fumigación, puro químico”. (Apio, hombre, 62 años)

“...ahí es donde nuestro cuerpo está débil y al mismo tiempo reacio para recibir todo lo que anteriormente nos hacía fuertes”. (Diente de León, mujer, 66 años)

Este saber genera criterios concretos de precaución en la práctica cotidiana:

“...el berro de pantano hay que primero desinfectarlo con sal porque como es acuático recibe mucha toxicidad del agua”. (Sauco, hombre, 81 años)

Para esta comunidad la salud está determinada por la calidad de la relación con el territorio y con los modos de producción que lo transforman. Entre las especies afectadas se encuentran algunas de uso bucal específico, como el venturoso, cuya desaparición del paisaje implica también la pérdida del saber asociado a su uso. A esto se suma el problema de la adulteración en la comercialización, que erosiona la confianza en el sistema de conocimiento:

“...ya no se consigue [hablando de la planta ulmaria] porque uno acaba con ella con el malezas [...] uno va a conseguir la planta a la plaza y entonces le van a vender hierba que no es”. (Sauco, hombre, 81 años)

La pérdida de referentes comunitarios ha fracturado la transmisión del saber de maneras que no pueden reemplazarse fácilmente. La muerte de quienes cuidaban las huertas y organizaban el conocimiento colectivo no solo priva a la comunidad de personas, sino de sistemas vivos de saber:

“El limoncillo lo tenían sembrado en la casa. Esto era lleno. Pero al faltar ellos [mayores], todo voló a la porra [se acabó]. A uno le da hasta nostalgia”. (Insulina, mujer, 70 años)

La figura de Doña Jesusa condensa esta pérdida con especial claridad. Fue una curandera tradicional, una habitante del territorio reconocida por los adultos mayores de la comunidad por su saber sobre plantas medicinales. Su muerte no solo significó la ausencia de una persona, sino la interrupción de un sistema de conocimiento que dependía de su presencia activa para funcionar:

“...tal rama necesitamos para tal cosa, y ella le decía a uno cómo la hacía. Una vez murió la señora Jesusa, nadie continuó”. (Durazno, mujer, 69 años)

Este caso particular expresa una condición estructural que Diente de León formula como diagnóstico colectivo:

“...nosotros somos la última generación, ya esto va a desaparecer. Nosotros vamos muriendo y todo va a desaparecer: lo tradicional, lo fuerte del organismo, las creencias, las costumbres. Todo eso se pierde porque nosotros ya terminamos aquí”. (Diente de León, mujer, 66 años)

De acuerdo con los relatos, la disminución en el uso de plantas medicinales incluye la transformación ambiental del territorio y un desplazamiento progresivo hacia la biomedicina y su oferta terapéutica, percibida como más rápida y disponible. La preparación doméstica cede terreno frente a los productos comerciales y farmacéuticos, en un proceso que los participantes describen como un cambio en las preferencias de cuidado:

“...ya no les gusta el manojito [de hierbas], sino la papeletica [productos empacados]”. (Apio, hombre, 62 años)

“Yo en estos días le decía a [mi hijo]: ‘¿por qué no usas eucalipto blanco?’ Como a uno no le paran bolas ya con las ramas, mejor van y compran una pastilla. Pero apenas le dijo por allá una doctora, vio lo que yo le decía”. (Durazno, mujer, 69 años)

El ritmo de vida contemporáneo refuerza esta tendencia. La preparación de una bebida medicinal requiere tiempo, conocimiento y acceso a los recursos vegetales, condiciones que la aceleración de la vida cotidiana erosiona sistemáticamente:

“Estamos de afán y por esa carrera que llevamos nadie quiere ir a hervir un agua. Eso desaparece. Los que vivan después de nosotros, esa gente no va a hacer eso”. (Orégano, hombre, 63 años)

Paralelamente, se observa un tránsito hacia la biomedicina motivado por la rapidez y la mayor disponibilidad de servicios. Los participantes reconocen mejoras en el acceso a la atención médica, pero expresan preocupación por la dependencia farmacológica que genera.

“...hoy somos reacios al antibiótico”. (Diente de León, mujer, 66 años)

“En aquel entonces manejaban primero las bebi-das. Y ahora todo el mundo es pa onde el médico, a la droguería”. (Insulina, mujer, 70 años)

De este modo, el desuso de las plantas aparece, en relación con la creciente consolidación de la biomedicina, como primera opción de cuidado, como parte de un proceso de reconfiguración de las prácticas locales.

Frente a este panorama, los recorridos por las huertas revelaron que varias familias mantienen el cultivo de plantas medicinales, huertas de distintos tamaños y plantas en macetas, lo que evidencia una persistencia que coexiste con las transformaciones expresadas. Esta persistencia adopta también nuevas formas. La participante más joven del estudio reconoce el valor de lo natural, pero accede a los productos, principalmente, a través de tiendas naturistas antes que en huertas propias, como una continuidad que transforma el vínculo con el saber:

“A mí me gusta mucho todo lo natural. Yo compro muchas cosas naturistas”. (Aloe Vera, mujer, 33 años)

La tensión entre erosión y persistencia no se resuelve de manera lineal en esta comunidad. Lo que los datos muestran es un patrimonio biocultural en proceso de transformación con pérdidas y adaptaciones, parcialmente sostenido por quienes reconocen su valor y asumen la responsabilidad de preservarlo.

“Tenemos que tener mucho respeto con la humanidad y con la gente. Tener mucha seriedad para poder recetar o vender lo que sirve”. (Saucu, hombre, 81 años)

Plantas medicinales y salud bucal

Coherente con la concepción de salud como equilibrio integral descrita en las categorías anteriores, las personas participantes no establecen la frontera entre lo bucal y lo sistémico que la biomedicina sí suele trazar. La boca forma parte del cuerpo como un todo, y su cuidado se inscribe en la misma lógica de autoatención, transmisión intergeneracional y uso de plantas medicinales que organiza el cuidado cotidiano en esta comunidad.

Durante las entrevistas y los recorridos por las huertas fueron identificadas 40 plantas medicinales de

uso cotidiano. De ellas, 14 fueron referidas con usos específicos en salud bucal (Tabla 1).

El uso de estas plantas se organiza en torno a cuatro situaciones de cuidado bucal: dolor dental, inflamación, cicatrización de heridas bucales y manejo de urgencias.

Para el manejo del dolor dental los participantes identificaron cinco plantas con función analgésica: hierbabuena, malva, rosa amarilla, drago y venturoso, cada una con formas de preparación y aplicación específicas. La hierbabuena con sal en infusión para enjuague es el recurso más frecuentemente recordado, como respuesta inmediata ante el dolor:

“...mi mamá nos daba infusión de hierbabuena con sal, para el dolor. Hacía enjuagatorios, uno lo sostenía en la boca y cuando ya no aguantaba lo botaba”. (Mejorana, mujer, 62 años)

La rosa amarilla y la malva se emplean con función antiinflamatoria y analgésica, frecuentemente combinadas y preparadas para el manejo del dolor dental. La malva (Figura 3) hervida en leche se aplica en compresas tibias sobre el rostro para reducir la inflamación facial asociada al dolor:

“...recuerdo que mi mamá nos daba rosa amarilla y malva para desinflamar, cuando uno tenía un dolor de muela”. (Orégano, hombre, 63 años)

“...mi mamá metió esa malva en leche caliente. Me lo colocó ahí un trapito caliente, lo sacaba y a medida que yo aguantaba me lo colocaba. Me lo volteaba y cuando ya estaba frío, volvía al calorcito. Al otro día me amanecía ya la cara más deshinchada”. (Durazno, mujer, 69 años)

La savia del drago (Figura 4), conocida localmente como sangre de drago, es referida como uno de los recursos analgésicos más potentes del repertorio, utilizada tanto en experiencias propias como en el acompañamiento del cuidado de otros:

“...tenía un dolor de muela muy fuerte, cogí la sangre de drago y con eso se me calmó”. (Orégano, hombre, 63 años)

“...un muchacho tenía dolor de muela y se echó mancha de ese drago”. (Acedera, mujer, no dice edad)

Para el manejo de la inflamación en la cavidad bucal, los participantes refirieron ocho plantas: malva, tomate, siete cueros, limón, tomillo, caléndula, penca sábila y rosa amarilla, con preparaciones y vías de aplicación que varían según la localización y la intensidad del proceso. El tomillo se usa en infusión para enjuagues ante problemas bucales generales; el tomate y la malva, en emplastos tibios sobre el rostro para inflamación facial

asociada al dolor de muela; el siete cueros, en infusión con hojas de papayo o salvia para inflamación de encías; y la caléndula y la penca sábila se emplean tanto para inflamación como para cicatrización, evidenciando que varias plantas tienen usos múltiples que dependen de la forma de preparación y el contexto de aplicación:

“...el tomillo sirve para desinflamar también la boca cuando hay problemas”. (Caléndula, mujer, 53 años)

Para el manejo de úlceras orales y heridas en la mucosa, los participantes refirieron seis plantas con función

Tabla 1. Plantas medicinales utilizadas para el cuidado de la salud bucal. Vereda Pantanillo, San Pedro de los Milagros, Antioquia, Colombia, 2025.

Planta (nombre científico)	Parte usada	Preparación y administración	Uso bucal principal (función terapéutica)	Inclusión en listado plantas medicinales de normativa colombiana***
Malva (<i>Malva sylvestris</i> L.)	Hojas y rama	Hervida en leche, paños tibios, emplasto, baños.	Analgesica (odontalgia). Antiinflamatoria (pre/post exodoncia). Antipirética	Aceptada
Drago (<i>Croton lechleri</i>)	Corteza, savia	Aplicación directa de savia o gotas. Infusión con sal (enjuague)	Analgesica (odontalgia); antiinflamatoria y antibacteriana (movilidad dental). Cicatrizante (heridas)	Aceptada
Tomate (<i>Solanum lycopersicum</i> L.)	Hojas	Infusión, emplasto paños tibios sobre el rostro	Antiinflamatoria (inflamación facial asociada a odontalgia)	Aceptada
Siete cueros (<i>Andesanthus lepidotus</i>)	Corteza	Infusión con hojas de papayo/salvia, enjuagues	Antiinflamatoria (inflamación encías)	No documentada
Limón (<i>Citrus limon</i>)	Fruto	Gárgaras con agua, bicarbonato y sal o con achiote.	Antiinflamatoria (amigdalitis e inflamación orofaringe).	No documentada
		Infusión con hierbabuena. Enjuague parte afectada. Jugo directo.	Coagulante (hemorragia bucal posexodoncia).	
Tomillo (<i>Thymus vulgaris</i> L.)	Hojas	Infusión para enjuague.	Antiinflamatoria (cavidad bucal)	Aceptada
Venturoso* (<i>Lantana camara</i>)	Fruto	Aplicación directa sobre diente.	Analgesico (odontalgia)	No documentada
Hierbabuena (<i>Mentha spicata</i>)	Hoja	Infusión con o sin sal, enjuagues.	Analgesico (odontalgia)	Aceptada
Mora (<i>Rubus glaucus</i>)	Fruto	Frotar fruto directamente en lesión, entero o macerado.	Cicatrizante (úlceras bucales)	No documentada
Caléndula (<i>Calendula officinalis</i> L.)	Flor	Infusión, buches fríos.	Cicatrizante (úlceras bucales).	Aceptada
		Paños y buches.	Antiinflamatoria (posexodoncia)	
Lengua de vaca (<i>Rumex crispus</i>)	Hoja	Macerada, bebida o emplasto.	Cicatrizante (úlceras con hemorragia, cicatrizante bucal)	No documentada
Penca sábila (<i>Aloe vera</i>)	Cristal (gel)	Calentar cristales, aplicación con paño en cuello.	Antiinflamatoria (amigdalitis afecciones bucofaringeas).	Aceptada
		Licuar los cristales y enjuague.	Cicatrizante (heridas, úlceras bucales).	
Rosa amarilla (<i>Tagetes tenuifolia</i> y <i>Tagetes erecta</i>)	Flor	Infusión y buches. Hervir la flor, dejarla en el sereno y poner paños tibios.	Analgesica (odontalgia). Antiinflamatoria (rostro).	No documentada
Acederilla “Cederilla”*** (<i>Rumex acetosella</i>)	Hoja	Macerada y emplasto.	Cicatrizante (úlceras bucales). Antipirético.	No documentada

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas semiestructuradas, fotovoz y observación participante.

Nota: Varias de las especies documentadas no son nativas de América, sino de origen introducido, incorporadas al repertorio local a lo largo de generaciones, en coherencia con lo observado para la flora medicinal del altiplano antioqueño⁽¹⁴⁾. Esta composición evidencia el carácter histórico del saber herbolario local.

* Venturoso: planta referida por los participantes, cuya disponibilidad ha disminuido por deterioro ambiental y transformación de los ecosistemas locales.

**En la comunidad, la Acederilla es conocida como “Cederilla”.

***Según el listado de plantas medicinales aceptadas con fines terapéuticos en Colombia en 2025. La inclusión o ausencia en el listado oficial no constituye un indicador de eficacia o seguridad de las plantas, sino un indicador del alcance del reconocimiento normativo vigente. Aceptada: planta que aparece en el listado. No documentada: planta que no aparece en el listado.



Figura 3. Registro fotográfico de la planta de malva, realizado por participantes durante la actividad de fotovoz. Vereda Pantanillo, San Pedro de los Milagros, Antioquia, Colombia, 2025.

Fuente: Elaboración propia, archivo fotográfico del proyecto.



Figura 4. Registro fotográfico del árbol de drago y la savia característica, realizado por participantes durante la actividad de fotovoz. Vereda Pantanillo, San Pedro de los Milagros, Antioquia, Colombia, 2025.

Fuente: Elaboración propia, archivo fotográfico del proyecto.



Figura 5. Registro fotográfico de caléndula (*Calendula officinalis* L.) realizado por participantes durante la actividad de fotovoz. Vereda Pantanillo, San Pedro de los Milagros, Antioquia, Colombia, 2025.

Fuente: Elaboración propia, archivo fotográfico del proyecto.

cicatrizante: mora, caléndula, drago, lengua de vaca, penca sábila y acederilla, con formas de aplicación que van desde la aplicación directa del fruto o gel hasta infusiones para enjuague y emplastos. La mora se aplica directamente sobre las lesiones, aprovechando su acidez; la lengua de vaca, macerada en bebida o emplasto, se usa específicamente en úlceras con componente hemorrágico; la acederilla en emplasto, para úlceras bucales. La caléndula y la penca sábila, ya referidas para la inflamación, completan su acción en la fase de cicatrización, lo que refuerza su carácter de plantas de uso múltiple a lo largo del proceso de resolución de una lesión:

“...la mora se estrega uno ¿con un palillito en las llagas, porque como es ácida, ayuda a cicatrizar”. (Altamisa, mujer, 81 años)

La caléndula (Figura 5), reconocida en la comunidad como flor predilecta para la inflamación y la cicatrización, se prepara en infusión y se usa como enjuague bucal una vez que el líquido se enfría:

“...es la flor predilecta para la inflamación”. (Cura-zao, mujer, 44 años)

Ante situaciones que requieren respuesta inmediata – hemorragia posexodoncia, dolor agudo, movilidad dental y úlceras con sangrado – los participantes recurren a recursos disponibles en el entorno doméstico en un contexto donde el acceso al servicio odontológico no siempre es posible. Para estas situaciones refirieron tres plantas: el limón, el drago y la lengua de vaca. El jugo de limón se emplea para controlar hemorragias tras extracciones dentales y, en combinación con bicarbonato, como desinfectante y cicatrizante para heridas en encías; el drago, en aplicación directa de su savia, ante dolor agudo y movilidad dental; la lengua de vaca, en emplasto o bebida para úlceras con componente hemorrágico:

“...yo una vez me saqué dos muelas juntas y me dio una hemorragia. La logré combatir con jugo de limón, aplicándome ahí toda la noche y al otro día ya estaba sin sangrado... al otro día cuando pasó fui al médico”. (Orégano, hombre, 63 años)

“...el limón con bicarbonato es desinfectante y cicatrizante; es muy bueno para esas heridas de la encía cuando uno tiene removibles o caja de dientes”. (Diente de León, mujer, 66 años)

El venturoso, pequeña fruta azul similar al arándano, cuya disponibilidad ha disminuido por la transformación ambiental del territorio, era empleado directamente sobre el diente como analgésico de efecto prolongado:

“...uno se colocaba el venturoso y le duraban ocho días sin dolerle... eso es una frutita chiquitica de color azulita, como un arándano”. (Jengibre, hombre, 69 años)

En conjunto, esta categoría muestra que el cuidado de la salud bucal en esta comunidad no está disociado de la lógica de equilibrio, autoatención y patrimonio biocultural que atraviesan las categorías anteriores. La boca no es solo un órgano a tratar, es un territorio del cuerpo donde se expresan saberes transmitidos, prácticas de cuidado colectivo y una concepción del bienestar que integra las plantas, lo familiar y lo simbólico.

Discusión

Los hallazgos de este estudio permiten sostener que la autoatención con plantas medicinales para el cuidado de la salud bucal, en contextos campesinos, constituye una práctica biocultural que articula cuerpo, territorio y memoria colectiva. Los resultados expresan una relación de complementariedad subordinada, en la que los saberes comunitarios operan de manera articulada con la biomedicina, aunque en una posición jerárquica desigual^(3,4). Esta lectura se enmarca en el uso simultáneo de distintas formas de atención que las personas articulan para resolver sus problemas de salud^(3,4). Así, el cuidado se organiza en itinerarios terapéuticos híbridos y las personas combinan recursos según criterios de accesibilidad, experiencia y confianza, sin que esto implique rechazo a los servicios formales⁽⁷⁾. Esta lógica de uso jerarquizado y complementario, primero lo casero, luego el médico si no hay mejoría, coincide con lo documentado en estudios sobre autoatención en comunidades rurales de América Latina⁽⁶⁾ y refuerza la comprensión de la autoatención como primera forma de atención real y permanente⁽³⁾.

El uso de plantas medicinales emerge de manera consistente como primera alternativa de cuidado, especialmente en el manejo del dolor y la inflamación bucal, lo que coincide con estudios sobre su uso en atención odontológica^(9,10). Este estudio aporta a la comprensión de la arquitectura de ese saber, sus componentes internos, criterios locales de uso y formas de preparación, y los procesos que lo reproducen o amenazan, redes de transmisión intergeneracional, disponibilidad territorial de especies y condiciones socioambientales que determinan su continuidad. La autoatención, como racionalidad terapéutica local, opera con una coherencia propia⁽⁴⁾ que interpela marcos biomédicos que, desde su jerarquía epistémica, desacreditan saberes producidos

fuera de los circuitos académicos y clínicos. Reconocer esa coherencia es condición necesaria para avanzar hacia modelos de atención que trasciendan la tolerancia de las prácticas tradicionales y las reconozcan como formas legítimas de producción de conocimiento en salud.

La relación cotidiana con las plantas, mediada por dinámicas familiares y comunitarias, evidencia el papel central de la transmisión intergeneracional en la sostenibilidad de estos saberes. El rol de las mujeres, como portadoras y mediadoras del conocimiento, refuerza lo documentado en estudios campesinos latinoamericanos, donde el cuidado, la producción y la salud se articulan en prácticas domésticas y agroecológicas^(27,28).

Este estudio añade que la transmisión no se limita a la oralidad. En algunos hogares circulan también textos escritos heredados y materiales institucionales que los participantes incorporan como instrumentos de consulta y preservación, aunque la oralidad y la práctica siguen siendo las formas primarias de aprendizaje. Los participantes describen, además, prácticas de intercambio entre vecinos, que configuran redes de reciprocidad en las que el saber circula como bien compartido.

La integración entre biodiversidad, cuidado y memoria permite comprender el uso de plantas medicinales como parte de sistemas de vida más amplios en los que la salud se construye en relación con el territorio⁽⁵⁾ y no puede sostenerse cuando ese territorio se deteriora. Los resultados evidencian tensiones significativas asociadas a transformaciones ambientales, productivas y socioculturales que afectan la disponibilidad de especies medicinales y la continuidad de los saberes asociados. La pérdida de biodiversidad y la menor apropiación de estos conocimientos por las generaciones más jóvenes configuran procesos de erosión del patrimonio biocultural⁽¹⁴⁾, coherentes con estudios que advierten sobre la acelerada disminución de especies y la fragmentación de las memorias ecológicas en contextos rurales de América Latina^(12,29). Este patrón ha sido documentado igualmente en comunidades campesinas colombianas, en las que el cambio en el uso del suelo, la expansión de monocultivos y la migración amenazan un conocimiento etnobotánico construido durante generaciones⁽¹³⁾.

Conviene distinguir entre la erosión del repertorio herbolario y la continuidad del sistema de autoatención. Los datos muestran que, con la disminución de disponibilidad de plantas, la autoatención se transforma, pues incorpora nuevos recursos como los productos de tiendas naturistas y los medicamentos de origen industrial. En coherencia con su carácter dinámico, la autoatención reconfigura los elementos con que opera.

La figura de Doña Jesusa ilustra un fenómeno más amplio: cuando el conocimiento sobre plantas medicinales depende de portadores singulares y no está distribuido en redes comunitarias activas, su continuidad queda expuesta a rupturas irreparables. Lo que se pierde es una capacidad colectiva de autoatención que ha sostenido históricamente el cuidado de la salud

en condiciones de acceso diferenciado a los servicios formales⁽³⁰⁾.

Frente a esta erosión, los recorridos etnográficos por las huertas familiares revelaron que varias familias mantienen activamente el cultivo de plantas medicinales en espacios domésticos, lo que evidencia una persistencia de la práctica que coexiste con el proceso de pérdida. Esta persistencia no puede interpretarse de manera unívoca como resistencia cultural consciente, dado que los datos no permiten afirmar que se trate en todos los casos de un acto deliberado de preservación; sin embargo, tampoco puede reducirse a un acto de inercia. La tensión entre erosión y persistencia configura un campo abierto en el que la comunidad no es solo víctima de los procesos de transformación, sino también portadora activa de prácticas que, mientras persistan, sostienen formas de autonomía terapéutica que los sistemas formales aún no han logrado sustituir.

En el campo específico de la salud bucal, los hallazgos adquieren relevancia particular frente al creciente cuerpo de literatura que documenta las propiedades de diversas plantas medicinales^(9,10,31,32). Estudios cualitativos y etnográficos en contextos latinoamericanos han documentado patrones similares respecto al uso de plantas en forma de enjuague, emplasto e infusión para el manejo del dolor, la inflamación y las lesiones bucales, con una racionalidad terapéutica organizada culturalmente^(33,34,35). Sin embargo, esa evidencia, tanto experimental como etnográfica, se ha construido de manera fragmentada, separando el análisis de las propiedades de las plantas de los contextos sociales en que estas terapias adquieren sentido. Este estudio muestra que la eficacia del uso de plantas medicinales se sostiene en la confianza acumulada generacionalmente, en la accesibilidad inmediata y en criterios culturales de selección y preparación, lo que sugiere que los estudios experimentales ganarían relevancia cuando se articulan con investigaciones que documentan el uso en contextos concretos.

La persistencia de estas prácticas, pese a su escasa visibilidad en la atención en salud, puede comprenderse a la luz del concepto de injusticia epistémica⁽³⁶⁾, que permite analizar cómo los saberes populares sobre plantas medicinales han sido históricamente situados en una posición de inferioridad, no por carecer de coherencia interna, sino porque quienes los producen y sostienen no ocupan posiciones de autoridad en los circuitos académicos y clínicos. Este mecanismo explica en parte por qué estos saberes han estado ausentes de currículos odontológicos, guías clínicas y servicios de atención en salud, a pesar de que la literatura reciente señala que incorporar la comprensión del contexto sociocultural del paciente mejora la pertinencia de la atención y la relación terapéutica⁽³⁷⁾, y que las intervenciones comunitarias con mayor impacto son las que reconocen y dialogan con las formas de cuidado preexistentes⁽³⁸⁾.

En Colombia, el Decreto 1156 de 2018 encarga al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) actualizar el listado de plantas medicinales aceptadas con fines terapéuticos⁽³⁹⁾, lo que representa un reconocimiento normativo de la fitoterapia como campo legítimo; sin embargo, ese marco regulatorio opera desde una lógica de validación farmacológica orientada al registro sanitario de productos, no al diálogo con los sistemas de autoatención comunitaria que este estudio documenta. La distancia entre ambas lógicas, la normativa y la comunitaria, ilustra la persistencia de la jerarquía epistémica en el nivel institucional.

Este estudio abordó el proceso de atención dentro del proceso salud-enfermedad-atención, centrándose en las prácticas de cuidado con plantas medicinales. La caracterización clínica de las condiciones de salud bucal de la comunidad excede su alcance y constituye una limitación que futuras investigaciones podrían abordar articulando el enfoque etnográfico con valoraciones clínicas que impliquen a la profesión odontológica en análisis sobre prevención, acceso oportuno y la atención resolutoria a las poblaciones rurales.

Los participantes de este estudio demandan un encuentro clínico en el que su saber sea reconocido. La pregunta que esto le plantea a la práctica odontológica no es si las plantas que usan tienen principios activos validados, sino cómo se construye una relación terapéutica que comience por escuchar. Incorporar de manera sistemática la indagación sobre el uso de plantas medicinales en la anamnesis⁽⁴⁰⁾ permitiría identificar posibles interacciones, reducir el riesgo de que los pacientes omitan información y abrir el espacio para un diálogo que fortalezca la confianza. Reconocer la legitimidad del saber con que los pacientes llegan al encuentro clínico no es una concesión a la anécdota, es una condición de justicia testimonial⁽³⁶⁾ que hace posible una práctica clínica éticamente pertinente.

En conjunto, estos hallazgos invitan a replantear la salud bucal desde una perspectiva biocultural en la que las prácticas de autoatención constituyen componentes centrales de los sistemas de cuidado⁽⁵⁾. Las personas participantes de esta comunidad no son depositarias pasivas de un saber en riesgo, son agentes activos en su preservación y resignificación, como lo evidencia la persistencia observada del cultivo doméstico de plantas medicinales, incluso en las condiciones de transformación territorial. Esta capacidad merece ser reconocida en el diseño de políticas públicas como un recurso comunitario a fortalecer.

Futuras investigaciones que articulen enfoques clínicos y comunitarios, o que amplíen la escala geográfica manteniendo el anclaje etnográfico, permitirán profundizar en la relación entre condiciones de salud, evidencia científica y prácticas locales de cuidado. Resulta igualmente relevante fortalecer procesos de investigación que integren equipos academia-comunidad como apuesta por la cocreación de conocimientos.

Conclusión

En esta comunidad campesina, la autoatención se configura como un sistema de atención con racionalidad propia, inscrito en el territorio y sostenido en redes de transmisión intergeneracional, dentro del cual las plantas medicinales son uno de los recursos terapéuticos que se integran, junto con la biomedicina, en itinerarios terapéuticos híbridos. Las prácticas documentadas no son respuestas precarias a la ausencia de servicios, sino formas culturalmente organizadas de cuidado que pocas veces encuentran lugar en los sistemas formales de atención.

El cuidado de la salud bucal en esta comunidad no puede comprenderse ni atenderse al margen de sus sistemas locales de autoatención. Cuando la pérdida de biodiversidad, la transformación del territorio y el debilitamiento de las redes de transmisión erosionan el patrimonio biocultural, se reduce también el repertorio de recursos con que estas familias sostienen su autonomía terapéutica.

Para la práctica odontológica, el aprendizaje se centra en indagar sobre el uso de plantas medicinales en la anamnesis y reconocer el saber del paciente como punto de partida de la relación terapéutica y, al mismo tiempo, asumir la responsabilidad de garantizar el acceso, la atención resolutoria y la prevención en salud bucal. Para las políticas de salud, la exigencia es garantizar las condiciones territoriales, ecológicas y culturales sin las cuales estos saberes dejan de existir. Ambas tareas forman parte de la agenda de las medicinas tradicionales, complementarias e integrativas que la región demanda.

AGRADECIMIENTOS

A las familias participantes de la comunidad de la vereda Pantanillo, municipio de San Pedro de los Milagros, Antioquia, Colombia, por su disposición, confianza y generosidad en compartir sus saberes.

FINANCIAMIENTO

Este estudio no recibió financiamiento externo de ninguna entidad pública ni privada.

CONFLICTO DE INTERESES

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

CONTRIBUCIÓN AUTURAL

Laura Barreto Bedoya: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Adquisición de fondos; Investigación; Metodología; Administración del proyecto; Validación; Visualización; Escritura: borrador original; Escritura: revisión y edición. **David Cañas Laverde:** Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Adquisición de fondos; Investigación; Metodología; Administración del proyecto; Validación; Visualización; Escri-

tura: borrador original; Escritura: revisión y edición. **Mariana Cano Girón:** Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Adquisición de fondos; Investigación; Metodología; Administración del proyecto; Validación; Visualización; Escritura: borrador original; Escritura: revisión y edición. **Deisy Lorena Fuentes Aguirre:** Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Adquisición de fondos; Investigación; Metodología; Administración del proyecto; Validación; Visualización; Escritura: borrador original; Escritura: revisión y edición. **Nury de Jesús Bedoya Rodríguez:** Investigación; Metodología; Escritura: revisión y edición. **Ángel Darío Barreto Díaz:** Investigación; Escritura: revisión y edición. **Liliana Andrea Bedoya Rodríguez:** Metodología; Escritura: revisión y edición. **Paulina Díaz Mosquera:** Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Adquisición de fondos; Investigación; Metodología; Administración del proyecto; Supervisión; Validación; Visualización; Escritura: borrador original; Escritura: revisión y edición. Con relación al ítem sobre adquisición de fondos, aunque el proyecto no contó con recursos para su desarrollo, sí se han llevado a cabo diversas acciones orientadas a su consecución. Todas personas que asumen el rol de autoría han aprobado la versión final de publicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fonnegra Gómez R. Plantas medicinales y otros recursos naturales aprobados en Colombia con fines terapéuticos. Medellín: Universidad de Antioquia; 2024.
2. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de estrategia mundial sobre medicina tradicional (2025-2034) [Internet]. 2024 [citado 10 ene 2026]. Disponible en: <https://tinyurl.com/26z2uczf>
3. Menéndez EL. Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*. 2018;(58):104-115.
4. Menéndez EL. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*. 2020;16:e2615. doi: [10.18294/sc.2020.2615](https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615).
5. Toledo VM, Barrera-Bassols N. La memoria biocultural: la importancia ecológica de las sabidurías tradicionales. Barcelona: Icaria Editorial; 2008.
6. Jiménez-Cabrera PA, Hernández-Juárez M, Espinosa-Sánchez G, Mendoza-Castelán G, Torrijos-Almazán MB. Los saberes en medicina tradicional y su contribución al desarrollo rural: estudio de caso Región Totonaca, Veracruz. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*. 2015;6(8):1791-1805.
7. Álvarez CLS. El uso de medicina alternativa y medicina tradicional en Medellín, 2005. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2007;25(2):100-109.
8. Castillo-García E, Martínez-Solís I. Manual de fitoterapia. 3a ed. Barcelona: Elsevier; 2021.
9. Orellana-Centeno JE. Medicina tradicional (Herbolaria) en odontología. *Revista Nacional de Odontología*. 2021;17(2):1-6. doi: [10.16925/2357-4607.2021.02.08](https://doi.org/10.16925/2357-4607.2021.02.08).
10. Shinkai RSA, Campos TT, Mendes LS, Katekawa L, Michel-Crosato E, Biazevic MGH. Phytotherapy: knowledge, experience and prescription in oral healthcare. *Acta Odontológica Latinoamericana*. 2023;36(3):140-149. doi: [10.54589/aol.36/3/140](https://doi.org/10.54589/aol.36/3/140).
11. Akhalwaya S, van-Vuuren S, Patel M. An in vitro investigation of indigenous South African medicinal plants used to treat oral infections. *Journal of Ethnopharmacology*. 2018;210:359-371. doi: [10.1016/j.jep.2017.09.002](https://doi.org/10.1016/j.jep.2017.09.002).
12. Colombia, Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible. Colombia cuenta con un nuevo listado de especies silvestres

- amenazadas [Internet]. 2024 [citado 12 ene 2026]. Disponible en: <https://tinyurl.com/ykyhpt2z>
13. Pérez D, Matiz-Guerra LC. Uso de las plantas por comunidades campesinas en la ruralidad de Bogotá DC, Colombia. *Caldasia*. 2017;39(1):68-78. doi: [10.15446/caldas.v39n1.59932](https://doi.org/10.15446/caldas.v39n1.59932)
 14. González-Mazzarri IJ, Coronado-Cisneros JA. Prácticas culturales sobre salud bucal en comunidades rurales: Revisión sistemática. *Revista Venezolana de Investigación Odontológica de la IADR*. 2022;10(2):42-65.
 15. Colombia, Departamento Nacional de Planeación. Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN): Información vereda Pantanillo, municipio de San Pedro de los Milagros. Antioquia: SISBEN; 2025.
 16. Guber R. La etnografía: método, campo y reflexividad. Bogotá: Grupo Editorial Norma; 2001.
 17. Barragán-León AN. Cartografía social: lenguaje creativo para la investigación cualitativa. *Sociedad y Economía*. 2019;(36):139-159. doi: [10.25100/sye.voi36.7457](https://doi.org/10.25100/sye.voi36.7457)
 18. Patton MQ. *Qualitative research & evaluation methods: integrating theory and practice*. 4a ed. Thousand Oaks: SAGE; 2015.
 19. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qualitative Health Research*. 2016;26(13):1753-1760. doi: [10.1177/1049732315617444](https://doi.org/10.1177/1049732315617444)
 20. Pujadas-i-Muñoz JJ, (coord.). *Etnografía* [Internet]. Barcelona: Editorial UOC; 2010 [citado 02/01/2026]. Disponible en: <https://tinyurl.com/8ukbtztz>
 21. Wang C, Burris MA. Photovoice: concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health, Education & Behavior*. 1997;24(3):369-387. doi: [10.1177/109019819702400309](https://doi.org/10.1177/109019819702400309)
 22. Halvorsrud K, Eylem O, Mooney R, Haarmans M, Bhui K. Identifying evidence of the effectiveness of photovoice: a systematic review and meta-analysis of the international health-care literature. *Journal of Public Health*. 2022;44(3):704-712. doi: [10.1093/pubmed/fdab074](https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab074)
 23. Vasilachis-de-Gialdino I. *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa Editorial; 2007.
 24. Coffey A, Atkinson P. *Encontrar el sentido a los datos cualitativos: Estrategias complementarias de investigación*. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante, Universidad de Antioquia; 2005.
 25. Torres-Quintero A, Granados-García A. Claves para una práctica reflexiva en la investigación social cualitativa. *Athena Digital: Revista de Pensamiento e Investigación Social*. 2023;23(1):e3280. doi: [10.5565/rev/athenea.3280](https://doi.org/10.5565/rev/athenea.3280)
 26. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución Número 8430 de 1993 [Internet]. 1993 [citado 10 ene 2026]. Disponible en: <https://tinyurl.com/c3dtfwjr>
 27. Zapata-Restrepo S, Isaza-Hernández V. Saberes y prácticas ancestrales para el cuidado de la salud de las mujeres campesinas de la vereda El Empuje, Ciudad Bolívar. [Tesis]. Andes: Universidad de Antioquia; 2024.
 28. Huergo J, Bustos MD, Seplovich J. “Vivir sembrando, cosechando”, saberes intergeneracionales que producen sabores “alternativos”: Experiencia familiar de producción agroecológica en el cinturón verde de la ciudad de Córdoba, Argentina. *Argumentos: Revista de Crítica Social*. 2023(28):253-286.
 29. Ceballos G, Ortega-Baes P. La sexta extinción: la pérdida de especies y poblaciones en el Neotrópico. En: Simonetti J, Dirzo R, editores. *Conservación biológica: perspectivas de Latinoamérica*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2011. p. 95-108.
 30. Múnera-Gómez M. Saberes y prácticas campesinas de sanación: una aproximación a la medicina tradicional en el Norte de Antioquia, Colombia. *Pensamiento Actual*. 2017;17(29):11-25. doi: [10.15517/PA.V17I29.31544](https://doi.org/10.15517/PA.V17I29.31544)
 31. Álvarez-Vásquez JL, Parra-Solano NF, Saavedra-Cornejo GE, Espinosa-Vásquez XE. Global use of ethnomedicinal plants to treat toothache. *Biomedical and Pharmacology Journal*. 2022;15(2):847-881. doi: [10.13005/bpj/2421](https://doi.org/10.13005/bpj/2421)
 32. Noguera AD, Urdaneta-Guillén AY, León-Camacho MA, Morales OA. Etno-odontología: uso de plantas medicinales por los pueblos indígenas de Lagunillas, Mérida, Venezuela. *Acta Odontológica Venezolana*. 2020;58(2):6.
 33. González-Mazzarri IJ, Coronado-Cisneros JA. Prácticas culturales sobre salud bucal en comunidades rurales: Revisión sistemática. *Revista Venezolana de Investigación Odontológica de la IADR*. 2022;10(2):42-65.
 34. Kumar G, Jalaluddin M, Rout P, Mohanty R, Dileep CL. Emerging trends of herbal care in dentistry. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2013;7(8):1827-1829. doi: [10.7860/JCDR/2013/6339.3282](https://doi.org/10.7860/JCDR/2013/6339.3282)
 35. Millán AR, Morales OA, León MAJ, Bermúdez-Rodríguez J. Saberes populares sobre prevención y tratamiento de enfermedades bucales en la comunidad Warao del Delta del Orinoco. *Revista Venezolana de Investigación Odontológica*. 2016;5(1):5-28.
 36. Fricker M. *Injusticia epistémica: el poder y la ética del conocimiento*. Barcelona: Herder; 2017.
 37. Cantarutti C, Véliz C, Isbej L, Fredes A. Intercultural competences in Chilean dental education for inclusive healthcare. *Revista Médica de Chile*. 2023;151(5):649-658. doi: [10.4067/s0034-98872023000500649](https://doi.org/10.4067/s0034-98872023000500649)
 38. Castaño-Séquier A, Barbero-Navarro I, Rodríguez-Mena-chó D, Ferreira-Cabañaz A. Experiencias de vinculación con la comunidad a través de la odontología social, en Concepción, Paraguay. *Interfaz*. 2024;3(1):28-36. doi: [10.57201/interfaz.2024.3.1.4411](https://doi.org/10.57201/interfaz.2024.3.1.4411)
 39. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1156 de 2018 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud; 2018 [citado 12 ene 2026]. Disponible en: <https://tinyurl.com/5ancnv3v>

FORMA DE CITAR

Barreto Bedoya L, Cañas Laverde D, Cano Girón M, Fuentes Aguirre DL, Bedoya Rodríguez NJ, Barreto Díaz AD, Bedoya Rodríguez LA, Díaz Mosquera P. Plantas medicinales, autoatención y salud bucal: patrimonio biocultural campesino en una comunidad rural de Antioquia, Colombia. *Salud Colectiva*. 2026;22:e6232. doi: [10.18294/sc.2026.6232](https://doi.org/10.18294/sc.2026.6232)



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: 30 mar 2026 | Versión final: 14 ago 2026 | Aprobado: 17 sep 2026 | Publicado en línea: 19 oct 2026