



Junta de Andalucía

Consejería de Cultura y Deporte

Instituto Andaluz del Patrimonio Histórico

REVISTA
PH
ISSN 2340-7565

Sección Debate (revista PH 118, junio 2026)

Debate 34: Salud y patrimonio cultural inmaterial: qué patrimonializar y con qué límites

Textos provisionales. Introducción

Salud y patrimonio cultural inmaterial: qué patrimonializar y con qué límites

Gema Carrera Díaz | Centro de Documentación y Estudios, Instituto Andaluz del Patrimonio Histórico

La salud y la enfermedad son dimensiones constitutivas de la cultura entendida en sentido antropológico. Las formas de comprender el cuerpo, el sufrimiento, el bienestar, el cuidado, la vulnerabilidad, la reproducción de la vida y la muerte, son construcciones culturales inscritas en sistemas de valores, relaciones sociales y marcos simbólicos concretos. Pensar una actuación patrimonial en el ámbito de la salud obliga, por tanto, a un desplazamiento conceptual previo: cuestionar la hegemonía histórica de un modelo concreto de medicina, la biomedicina, que se ha presentado como oficial, universal y neutral, relegando otros sistemas culturales de cuidado y bienestar a posiciones subalternas.

La antropología de la salud ha mostrado que las denominadas medicinas populares o tradicionales no son saberes residuales ni premodernos, sino sistemas culturales de atención que han coexistido históricamente y continúan haciéndolo en contextos actuales de pluralismo médico, entendidos aquí como pluralismo de formas de atención y cuidado. Tal como ha mostrado la antropología de la salud en sus análisis sobre medicalización, estas prácticas han sido redefinidas y desestimadas más por relaciones de poder epistemológico que por su falta de sentido cultural. Patrimonializar en el ámbito de la salud implica, por tanto, reconocer esta pluralidad de sistemas de atención y cuidado, y cuestionar los criterios desde los que se decide qué saberes son legítimos y cuáles quedan relegados o se consideran complementarios, en el mejor de los casos.

La *Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial* (PCI) de 2003 de la Unesco supuso un punto de inflexión al reconocer que los conocimientos relacionados con la naturaleza, el cuerpo y el bienestar forman parte del patrimonio vivo de las comunidades. Este planteamiento se ha visto reforzado por el documento de la Unesco de 2015 *Patrimonio cultural inmaterial y desarrollo sostenible* que sitúa el PCI como un factor transversal del bienestar y advierte contra su instrumentalización. Esta orientación se refleja también en su aplicación *Indague el patrimonio vivo* (2017) donde, a través del Tesoro de la Unesco, se indexan, entre otros, 139 vínculos entre elementos del patrimonio inmaterial inscritos en sus listas y el ODS 3, relacionado con la salud, el cuidado y el bienestar. Estos datos evidencian los procesos de patrimonialización que se han ido formalizando en el ámbito internacional en relación con el patrimonio inmaterial y la salud desde una visión holística, destacando la diversidad cultural existente en este campo.

Por otro lado, la Estrategia Mundial sobre medicina tradicional de la Organización Mundial de la Salud (desde 2014) reconoce la importancia cultural y el uso extendido de estos sistemas de asistencia y cuidado, pero orienta su acción hacia la regulación, la estandarización y la integración en los sistemas sanitarios oficiales. Este interés institucional no puede desvincularse de los procesos contemporáneos de glocalización ni de la creciente rentabilidad económica asociada a las medicinas tradicionales en los mercados de salud, bienestar, turismo terapéutico y productos naturales.

La cuestión que se plantea es, por tanto, si patrimonializar la salud implica convertir sistemas culturales complejos de cuidado en protocolos o productos, o si, por el contrario, debería significar reconocer, acompañar y salvaguardar estas prácticas vivas y dinámicas que constituyen formas de vivir y de entender el mundo. Los saberes y prácticas vinculados al cuidado, como la medicina popular, etnobotánica, partería, alimentación, música o rituales comunitarios, no deberían entenderse como técnicas aisladas ni como recursos terapéuticos, sino como prácticas culturales complejas, inscritas en formas de vida, relaciones sociales y marcos simbólicos que le dan sentido. La cuestión, en última instancia, es qué tipo de acción patrimonial permite sostener la diversidad cultural de los cuidados en un contexto dominado por un modelo médico hegemónico, sin neutralizar aquello que los hace social y culturalmente significativos.