

Salud y patrimonio cultural inmaterial: hacia una ecología patrimonial de los cuidados

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

URL de la contribución <<https://www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6166>>

Introducción

El conjunto de contribuciones reunidas en este debate de la revista PH sobre Salud y patrimonio cultural inmaterial: qué patrimonializar y con qué límites, cuya introducción tuvo la oportunidad de realizar y cuya síntesis afronto ahora con la complejidad que implica la diversidad y densidad de los enfoques presentados, pone de manifiesto la consolidación de un campo emergente y cada vez más necesario de reflexión crítica en torno a las relaciones entre patrimonio cultural y salud, desbordando ampliamente las expectativas iniciales planteadas en la convocatoria.

El debate se ha afrontado desde perspectivas interdisciplinarias que conectan antropología médica, historia, sociología, estudios patrimoniales, salud pública, museología, ecología política, estudios sobre diversidad biocultural, enfoques decoloniales y feminismo.

Lejos de limitarse a una discusión sobre qué terapias o prácticas médicas tradicionales deben patrimonializarse y con qué límites, las contribuciones han permitido visibilizar complejos sistemas culturales de producción y sostenimiento de la vida en los que la salud, el territorio, la memoria oral, la espiritualidad, la alimentación y la biodiversidad aparecen profundamente interrelacionados.

En este sentido, el debate no solo amplía las formas de comprender el patrimonio cultural inmaterial, sino también las propias nociones de bienestar, legitimidad del conocimiento y reproducción social, planteando interrogantes fundamentales sobre los límites, riesgos y potencialidades de los actuales procesos de patrimonialización.

Partiendo de esta tesis, el debate combina diferentes perspectivas: por un lado, una constatación empírica, atendiendo a la diversidad de prácticas, territorios y experiencias que aparecen; una perspectiva conceptual que nos permite identificar qué idea de salud y patrimonio comparten las distintas aportaciones; una perspectiva crítica que identifica las tensiones y contradicciones que se producen en el ámbito de la salud y el patrimonio; y una visión prospectiva que nos puede ayudar a identificar hacia dónde se debería desplazar el debate patrimonial sobre la salud.

Las contribuciones permiten reflexionar sobre cómo el patrimonio cultural inmaterial se relaciona con muchos de los grandes desafíos sociales contemporáneos y evidencia las tensiones y contradicciones que atraviesan los actuales procesos de salvaguarda, frecuentemente situados entre la institucionalización patrimonial, la comercialización cultural, las dinámicas extractivas y la necesidad de garantizar la continuidad social y comunitaria de las prácticas: su vivacidad, sus funciones y los contextos en los que se producen y reproducen.

A partir de esta constatación, el presente texto propone una lectura transversal de las contribuciones recibidas, no como casos aislados sino como manifestaciones de un campo emergente de reflexión sobre las relaciones entre patrimonio cultural y sostenibilidad de la vida. Más que identificar exclusivamente prácticas terapéuticas susceptibles de patrimonialización, el debate permite analizar desplazamientos conceptuales más amplios relacionados con la centralidad del cuidado, la pluralidad epistemológica, la dimensión territorial del bienestar y las tensiones políticas y metodológicas de los actuales procesos de salvaguarda patrimonial. El análisis realizado

parte de una lectura comparada y transversal de las contribuciones, identificando en la medida de lo posible la distribución territorial de las mismas, las convergencias temáticas y conceptuales, algunas controversias epistemológicas y disensos, así como una identificación de posibles vacíos destacables.

Cartografía y genealogía del debate

Desde el punto de vista territorial, resulta significativo que buena parte de las reflexiones más densas y complejas presentes en este debate sobre patrimonio cultural y salud procedan de contextos latinoamericanos, particularmente indígenas, rurales y amazónicos. México, Guatemala, Brasil, Paraguay, Colombia o la Amazonía ecuatoriana concentran numerosas contribuciones en las que salud, territorio, biodiversidad, memoria y cuidado aparecen articulados dentro de sistemas culturales todavía vivos, capaces de demostrar la relación profunda, constante e indisoluble, entre naturaleza y cultura, así como entre cuerpo, comunidad, ecología y espiritualidad en los procesos colectivos de producción y sostenimiento de la vida.

Esta centralidad latinoamericana no constituye una mera coincidencia geográfica, sino que se inscribe en trayectorias históricas e institucionales específicas que están vinculadas al desarrollo de la medicina social y la salud colectiva latinoamericana desde los años setenta en diálogo con los principios de atención primaria, participación comunitaria y reconocimiento de los determinantes sociales de la salud impulsados internacionalmente por la *Declaración de Alma-Ata* (OMS 1978) y a la incorporación progresiva de enfoques interculturales en las políticas públicas de salud impulsadas especialmente por organismos como la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2017) y al reconocimiento internacional de los conocimientos tradicionales impulsado por la *Convención Unesco para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial* (UNESCO 2003).

A ello se suman procesos más recientes como la articulación entre patrimonio y sostenibilidad promovida por



El pohã ñana (hierbas medicinales en guaraní) se maja y se mezclan con agua helada y yerba mate para preparar el tereré | foto Abriles

Unesco en 2015, el reconocimiento internacional de prácticas como el Pohã Ñana paraguayo (2020) o la inscripción de la partería tradicional en las listas del patrimonio cultural inmaterial de la humanidad (2023), hitos que evidencian una ampliación progresiva de las formas institucionales de entender las relaciones entre salud, cultura, territorio y sostenimiento de la vida en este continente.

Resulta especialmente revelador que muchas de las propuestas emerjan precisamente allí donde la modernidad biomédica no consiguió eliminar completamente

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

| coordina Gema Carrera Díaz

la pluralidad cultural de los cuidados y donde las comunidades continúan reivindicando la legitimidad de otros modos de entender el bienestar, la enfermedad y la reproducción de la vida colectiva.

Por su parte, las contribuciones europeas, y especialmente andaluzas, muestran preocupaciones centradas en el ámbito rural, medicina popular, musealización o paisajes terapéuticos y tienden a orientarse hacia la recuperación de memorias relacionadas con la salud, la revitalización de saberes cotidianos y la reinterpretación patrimonial de prácticas históricamente invisibilizadas por la institucionalización biomédica.

Más que una oposición entre modelos latinoamericanos y europeos, el debate parece revelar distintas trayectorias

históricas que convergen entre sí y desde las que se articulan hoy las relaciones entre salud y patrimonio cultural.

Asimismo, algunos textos como el de Liliana Chertkoff, que introduce el concepto de *One Health*, realizan un tratamiento transversal o global de la importancia de la salud haciendo hincapié en los sistemas culturales de cuidado, bienestar y sostenibilidad como elementos relacionados y globalmente necesarios.

Desplazamientos conceptuales: de la medicina tradicional a las ecologías del cuidado

Desde el punto de vista temático-conceptual, el debate muestra un claro predominio del patrimonio cultural inmaterial y de los enfoques relacionales frente a las



Curandera tradicional en el Rancho de Las Golondrinas (Santa Fe), museo al aire libre de historia viva dedicado a preservar las tradiciones culturales de Nuevo México | foto Larry Lamsa

concepciones más objetuales o singulares de patrimonios aislados. Lejos de limitarse al reconocimiento de determinadas prácticas terapéuticas tradicionales aisladas, los textos analizados amplían el campo hacia sistemas complejos de cuidado, transmisión cultural, sostenimiento comunitario de la vida, vínculos territoriales y ecologías del bienestar. Partería, conocimientos etnobotánicos, rituales de sanación, paisajes terapéuticos, cuidados y saberes de ámbitos rurales, memorias domésticas o formas de equilibrio relacional (lingüístico, social, territorial, etc.) demuestran que la salud no es una categoría exclusivamente biomédica, sino una construcción cultural ligada a experiencias colectivas de vulnerabilidad, reproducción social y convivencia con el entorno.

Los bienes materiales aparecen, en muchos casos, como soportes de memoria y elementos culturales asociados a experiencias sociales de la salud mental, el bienestar y la cohesión comunitaria. No obstante, aparecen también contribuciones sobre musealización de los saberes y los objetos que le son inherentes como forma de patrimonialización del acervo histórico y etnográfico vinculado a la salud. Así lo demuestran los textos de Manuel Amezcua en el contexto de Sierra Mágina (Jaén) y de Oliva Cachafeiro que aporta su mirada sobre los rituales vinculados a la medicina tradicional en Malawi abordando conjuntamente los bienes inmateriales y materiales a través de las colecciones museísticas para discutir la necesidad de contextualizar procedencias, regímenes de adquisición y marcos coloniales de las colecciones.

En conjunto, el debate refleja un desplazamiento significativo hacia perspectivas procesuales, comunitarias y ecosociales, en las que patrimonio, salud, territorio, memoria y cuidados aparecen profundamente interrelacionados (Kirshenblatt-Gimblett 1998; Smith 2006; Bortolotto 2011). Este desplazamiento obliga a reconsiderar críticamente tanto las categorías patrimoniales tradicionales como las propias nociones de medicina, cuidado y legitimidad epistemológica que han organizado históricamente las políticas de salud y patrimonio.

Ejes transversales

El conjunto de contribuciones reunidas permite identificar una serie de líneas de reflexión comunes más allá de la diversidad temática y territorial de los casos analizados.

De la hegemonía biomédica a la medicina plural y el diálogo de saberes

El primero de ellos, es la crítica explícita o implícita a la hegemonía epistemológica de la biomedicina como única forma legítima de conocimiento sobre la salud. Incluso en los textos más institucionales se reconoce que la salud y el cuidado constituyen construcciones culturales, relacionales y territorializadas. Resulta especialmente relevante la propuesta de Enrique Perdiguero que dialoga con una de las cuestiones de fondo ya planteadas en la convocatoria inicial del debate.

Desde la antropología médica y los estudios sobre salud intercultural, la noción de “pluralismo médico” ha sido ampliamente utilizada para describir la coexistencia de distintos sistemas terapéuticos y formas de atención dentro de una misma sociedad (Kleinman 1980; Menéndez 2003). Sin embargo, Perdiguero cuestiona críticamente esta categoría al considerar que continúa situando implícitamente a la biomedicina como referencia central desde la que se nombran otras formas de atención o cuidado.

Frente a ello, propone pensar en términos de “medicina plural”, entendida no como coexistencia excepcional de sistemas terapéuticos diferenciados, sino como condición histórica constitutiva de toda experiencia humana de salud y enfermedad. Este desplazamiento conceptual permite abandonar visiones dicotómicas entre medicina científica y medicina tradicional para comprender los cuidados como un entramado dinámico, híbrido y relacional en permanente transformación atravesado por intercambios, apropiaciones y negociaciones constantes entre experiencias, saberes y prácticas de atención (Menéndez 2003; Kleinman 1980; Good 1994; Comelles y Perdiguero 2000).

—a debate *Salud y patrimonio cultural inmaterial: qué patrimonializar y con qué límites*

| coordina Gema Carrera Díaz



Vendedora de medicinas tradicionales a base de hierbas (Sudeste asiático) |
foto Badroe Zaman



Tai Chi tradicional | foto Staffan Cederborg



Preparación de hierbas medicinales en Manila | foto Daniel Go

Esta perspectiva conecta además con las propuestas de diálogo de saberes desarrolladas desde las epistemologías del Sur y las teorías decoloniales, particularmente con los planteamientos de Boaventura de Sousa Santos sobre la “ecología de saberes”, que cuestionan la jerarquización epistemológica moderna y reivindican la coexistencia de múltiples formas legítimas de conocimiento y experiencia. Desde esta mirada, los sistemas de cuidado y atención pueden entenderse como espacios de negociación intercultural donde interactúan saberes biomédicos, tradicionales, comunitarios y experienciales sin quedar necesariamente subordinados unos a otros (Sousa Santos 2010, 2014).

La referencia histórica a Al-Ándalus de García Durán refuerza además esta perspectiva. Lejos de constituir una anomalía contemporánea, la coexistencia e interacción entre sistemas diversos de atención aparece como una constante histórica en Andalucía. La medicina andalusí articuló conocimientos académicos, farmacopeas botánicas, prácticas religiosas, cuidados domésticos y saberes en diálogo constante y fecundo donde las fronteras entre ciencia, experiencia empírica y espiritualidad eran más permeables que las establecidas posteriormente por la racionalidad biomédica actual.

Centralidad del “cuidado” y el protagonismo de la mujer

Desde esta perspectiva, la noción de “medicina plural” permite desplazar el foco desde las instituciones médicas hacia los espacios cotidianos de autoatención y cuidado, históricamente invisibilizados. Esta invisibilización se multiplica si atendemos al hecho de que estos cuidados han sido sostenidos en gran medida por mujeres en el ámbito doméstico y comunitario. Ello resulta especialmente relevante en un debate donde buena parte de las prácticas analizadas (partería, cuidados rurales, saberes botánicos, medicina doméstica o transmisión oral de remedios y formas de atención) aparecen profundamente vinculadas a redes femeninas de sostenimiento de la vida.

En este sentido, las distintas contribuciones permiten reformular la pregunta inicial sobre qué patrimonializar



Quitéria Maria de Jesus (Quitéria Binga), partera Pankararu | foto Museu da Parteira (Eduardo Queiroga)

y con qué límites. El patrimonio cultural de la salud es mucho más que un listado de terapias o remedios tradicionales. Se trata de un conjunto de ecologías del cuidado donde se articulan conocimientos sobre el cuerpo, la alimentación, el entorno, las plantas, el lenguaje, los afectos, los ciclos vitales y las formas comunitarias de apoyo mutuo. Este enfoque conecta con los planteamientos sobre diversidad biocultural y perspectivas contemporáneas de los estudios críticos de los cuidados (Puig de la Bellacasa 2017; Toledo y Barrera-Bassols 2008; Maffi 2005).

En este punto resulta especialmente significativa la centralidad que adquieren las mujeres en buena parte de las contribuciones. Aunque no siempre formulado explícita-

mente, el debate evidencia que muchos de los conocimientos y prácticas vinculados históricamente a la salud han sido sostenidos, transmitidos y actualizados fundamentalmente por mujeres a través de redes familiares, vecinales y comunitarias.

Parteras, curanderas, cuidadoras, concededoras de plantas medicinales, transmisoras de saberes alimentarios o responsables de los cuidados domésticos aparecen como agentes fundamentales en la reproducción cotidiana de sistemas locales de atención y bienestar.

Esta constatación permite conectar las aportaciones del debate con una amplia tradición de estudios feministas sobre los cuidados, la división sexual del trabajo y la

invisibilización histórica de los trabajos reproductivos y comunitarios (Federici 2013; Durán 2018; Tronto 1993). Desde esta perspectiva, el patrimonio cultural de la salud no puede desvincularse de las relaciones de género ni de las formas históricas de distribución social del cuidado.

Valor patrimonial versus eficacia biomédica

El tercer eje o aportación fundamental de este debate es la necesidad de diferenciar entre “eficacia biomédica” y “valor patrimonial” abriendo la posibilidad de reconocimiento del valor patrimonial de los saberes sin convertir este reconocimiento en convalidación automática de eficacia terapéutica.

Esta tensión invita a comprender la patrimonialización como un proceso vivo, dinámico y críticamente contextualizado, capaz de reconocer el valor cultural de determinados saberes sin esencializarlos ni desvincularlos de las transformaciones históricas y sociales que los atraviesan.

El interés patrimonial no residiría, por tanto, en validar acríticamente la eficacia terapéutica de las prácticas, sino en reconocer su relevancia cultural, relacional y territorial, así como su contribución histórica a formas diversas de sostenimiento de la vida y del cuidado. Tanto el texto de Elena Pérez como el de Jenny Rebolledo son muy explícitos en este sentido.



Abu Shouk: Sidig Ahmad Mohamed, fakih (maestro de medicina tradicional), prepara un tratamiento contra enfermedades mentales | foto UNAMID (Albert Gonzalez Farran)

Esta discusión remite, además, a debates más amplios del patrimonio crítico sobre los procesos de legitimación cultural y los riesgos de esencialización o folclorización de las prácticas culturales (Smith 2006).

Patrimonialización y legitimidad de la salvaguarda

Por último, el cuarto eje transversal al debate es la insistencia, en muchos de los casos, de que la legitimidad de la patrimonialización y salvaguarda de las prácticas están indisolublemente unidas a las comunidades que las practican, a los territorios y condiciones materiales de reproducción que le dan contexto y sentido.

En el plano político se contraponen modelos de patrimonialización reparadora o empoderadora con visiones más críticas que consideran que sin derechos sanitarios y laborales, la patrimonialización puede resultar meramente una actuación cosmética o encubridora.

Además, varias aportaciones alertan del riesgo que comporta la patrimonialización de las prácticas culturales relacionadas con la salud: mercantilización, turistificación, apropiación y descontextualización (Kirshenblatt-Gimblett 2004).

El debate plantea a veces la utilización de inventarios y la concurrencia a las listas y catálogos patrimoniales estatales o internacionales como algo positivo frente a quienes consideran la necesidad de reconocer regímenes relacionales de cuidado que son difícilmente inventariables o imposible de fijar documentalmente sin desvirtuar su comprensión o fosilizar su dinamismo.

Nuevos debates abiertos

Junto a la riqueza conceptual y territorial de las contribuciones, el debate evidencia también algunos ámbitos todavía insuficientemente desarrollados que resultarán fundamentales para la evolución futura del campo patrimonio-salud.

Aunque algunas contribuciones, especialmente la de Carolina Sánchez, introducen parcialmente las tensio-

nes relacionadas con los regímenes de propiedad intelectual, los derechos colectivos y la gobernanza de los conocimientos tradicionales vinculados a la salud y los cuidados, el debate evidencia todavía un desarrollo insuficiente de estas problemáticas en relación con su creciente relevancia internacional.

Pese a que muchas de las prácticas analizadas (plantas medicinales, farmacopeas populares, conocimientos ecológicos tradicionales o saberes botánicos) poseen hoy un creciente interés económico, farmacéutico y biotecnológico, apenas se abordan las tensiones existentes entre salvaguarda patrimonial, documentación, acceso abierto y posibles procesos de apropiación o mercantilización.

Esta ausencia resulta especialmente significativa en un contexto internacional marcado por los debates impulsados desde la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI 2022) sobre conocimientos tradicionales, recursos genéticos y folclore, así como por las crecientes discusiones en torno a soberanía cultural, biopiratería, extractivismo cognitivo y gobernanza ética de los datos patrimoniales, particularmente a la luz de propuestas como los principios CARE para la gobernanza de datos indígenas (Carroll et ál. 2020). La cuestión adquiere una relevancia aún mayor en el contexto contemporáneo de digitalización masiva, inteligencia artificial y plataformas globales de datos, donde la documentación patrimonial puede convertirse simultáneamente en herramienta de salvaguarda y en mecanismo potencial de exposición, descontextualización o explotación de conocimientos sensibles (Carroll et ál. 2020; UNESCO 2021)

Otro de los ámbitos escasamente desarrollados, abordado de manera más explícita por Liliana Chertkoff, es el relativo al paradigma *One Health*, la salud planetaria y las relaciones entre patrimonio cultural, biodiversidad y crisis ecosocial (Whitmee et ál. 2015). Aunque diversas contribuciones apuntan claramente hacia enfoques bioculturales y territoriales, el debate todavía profundiza poco en cuestiones relacionadas con cambio climático, pérdida de biodiversidad, degradación ecológica o vulnerabilidad ecosistémica de muchos conocimientos tra-

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

| coordina Gema Carrera Díaz



Picando la barrilla para la elaboración del jabón (Almería) | foto Fondo Gráfico IAPH (Ana Belén García Muñoz)

dicionales vinculados al cuidado y al bienestar. Esta cuestión resulta especialmente relevante porque numerosos saberes patrimoniales relacionados con plantas medicinales, sistemas alimentarios, prácticas agroecológicas o formas de atención comunitaria dependen directamente de ecosistemas específicos hoy sometidos a profundas transformaciones ambientales.

Del mismo modo, pese a la centralidad del cuidado en muchas de las contribuciones, aparecen todavía poco desarrolladas determinadas dimensiones sociales contemporáneas especialmente relevantes para las políticas públicas de salud y patrimonio. Entre ellas destacan la salud mental, las experiencias de infancia y envejecimiento, las dependencias y cuidados de larga duración, así como las migraciones y las formas transnacionales e híbridas de transmisión de conocimientos terapéuticos y prácticas de cuidado. El debate ofrece un enorme potencial para pensar el patrimonio cultural como sistema relacional de bienestar y cohesión social en consonancia con los enfoques de promoción comunitaria de la salud planteados en la *Carta de Ottawa* (OMS 1986).

Finalmente, aunque el debate reflexiona ampliamente sobre reconocimiento, legitimación y salvaguarda, sería interesante desarrollar herramientas que permitan valorar cuándo una acción patrimonial fortalece realmente los

conocimientos comunitarios, mejora las condiciones de transmisión intergeneracional, favorece la sostenibilidad territorial o contribuye efectivamente al bienestar colectivo.

Esta cuestión resulta fundamental porque los procesos de patrimonialización no producen necesariamente efectos positivos: pueden también generar folclorización, turistificación, burocratización, simplificación cultural o apropiación externa de prácticas vivas.

Todo ello evidencia la necesidad de avanzar desde modelos centrados principalmente en el reconocimiento simbólico hacia enfoques más complejos de gobernanza patrimonial, evaluación participativa, sostenibilidad eco-social y diálogo de saberes.

Más allá de la pregunta sobre qué prácticas relacionadas con la salud deben patrimonializarse y con qué límites, este debate pone de manifiesto que la salud constituye una dimensión transversal de los sistemas culturales que sostienen la vida. El principal desafío, como en cualquier ámbito patrimonial, no reside tanto en reconocer nuevas expresiones patrimoniales como en fortalecer las condiciones que permiten la continuidad de los conocimientos, prácticas y relaciones de cuidado que las hacen posibles, evitando al mismo tiempo los procesos de simplificación, apropiación o descontextualización que pueden acompañar a la patrimonialización.

Si el patrimonio cultural inmaterial es, ante todo, un patrimonio para la vida, pocas veces esta idea resulta tan evidente como en el ámbito de la salud. El binomio patrimonio y salud cobra pleno sentido cuando su convergencia contribuye a reforzar la capacidad colectiva de afrontar, desde el cuidado, los desafíos sociales, culturales y ecológicos del presente, favoreciendo la sostenibilidad de las comunidades y de los entornos de los que dependen.

BIBLIOGRAFÍA

- Bortolotto, C. (2011) *Le patrimoine culturel immatériel. Enjeux d'une nouvelle catégorie*. París: Éditions de la Maison des sciences de l'homme
- Carroll, S.R.; Garba, I.; Figueroa-Rodríguez, O.L.; Holbrook, J.; Lovett, R.; Materechera, S.; Parsons, M.; Raseroka, K.; Rodríguez-Lonebear, D.; Rowe, R.; Sara, R.; Walker, J.D.; Anderson, J. y Hudson, M. (2020) The CARE Principles for Indigenous Data Governance. *Data Science Journal*, vol. 19, art. 43, pp. 1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.5334/dsj-2020-043> [Consulta: 01/06/2026]
- Comelles, J.M. y Perdiguero, E. (2000) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra
- Durán, M.Á. (2018) *La riqueza invisible del cuidado*. Valencia: Universitat de València
- Federici, S. (2013) *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Madrid: Traficantes de Sueños
- Good, B. (1994) *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press
- Kirshenblatt-Gimblett, B. (1998) *Destination Culture. Tourism, Museums and Heritage*. Berkeley: University of California Press
- Kirshenblatt-Gimblett, B. (2004) Intangible Heritage as Metacultural Production. *Museum International*, vol. 56, n.º 1-2, pp. 52-65. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1350-0775.2004.00458.x>
- Kleinman, A. (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press
- Maffi, L. (ed.) (2005) *On Biocultural Diversity. Linking Language, Knowledge, and the Environment*. Washington D.C.: Smithsonian Institution Press
- Menéndez, E.L. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, n.º 1, pp. 185-207. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- OHHLEP [One Health High-Level Expert Panel] (2022) *One Health Theory of Change*. Roma: Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), United Nations Environment Programme (UNEP), World Health Organization (WHO) y World Organisation for Animal Health (WOAH)
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (1978) *Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (1986) *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ottawa: Organización Mundial de la Salud
- OMPI [Organización Mundial de la Propiedad Intelectual] (2022) *Traditional Knowledge, Genetic Resources and Traditional Cultural Expressions*. Ginebra: Organización Mundial de la Propiedad Intelectual.
- OPS [Organización Panamericana de la Salud] (2017) *Política sobre etnicidad y salud*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud
- Pérez Orozco, A. (2014) *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficantes de Sueños
- Puig de la Bellacasa, M. (2017) *Matters of Care. Speculative Ethics in More than Human Worlds*. Minneapolis: University of Minnesota Press
- Santos, B. de Sousa (2010) *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo: Trilce
- Santos, B. de Sousa (2014) *Epistemologies of the South. Justice Against Epistemicide*. Boulder: Paradigm Publishers
- Shiva, V. (1997) *Biopiracy. The Plunder of Nature and Knowledge*. Boston: South End Press
- Smith, L. (2006) *Uses of Heritage*. Londres: Routledge
- Toledo, V.M. y Barrera-Bassols, N. (2008) *La memoria biocultural. La importancia ecológica de las sabidurías tradicionales*. Barcelona: Icaria
- Tronto, J. (1993) *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. Nueva York: Routledge
- UNESCO [Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura] (2003) *Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial*. París
- UNESCO [Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura] (2021) *Recommendation on the Ethics of Artificial Intelligence*. París
- Whitmee, S.; Haines, A.; Beyrer, C.; Boltz, F.; Capon, A.G.; Dias, B.F.S.; Ezeh, A.; Frumkin, H.; Gong, P.; Head, P.; Horton, R.; Mace, G.M.; Marten, R.; Myers, S.S.; Nishtar, S.; Osofsky, S.A.; Pattanayak, S.K.; Pongsiri, M.J.; Romanelli, C.; Soucat, A.; Vega, J. y Yach, D. (2015) Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health. *The Lancet*, vol. 386, n.º 10007, pp. 1973-2028. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60901-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60901-1)