

REVISTA PH118

INSTITUTO ANDALUZ DEL PATRIMONIO HISTÓRICO

JUNTA DE ANDALUCÍA

JUNIO 2026



sumario

monográfico

Saberes y prácticas patrimoniales en y para la salud

Coordinación: Carmen Mozo González (Dpto. de Antropología Social, Universidad de Sevilla) y Carmen Guerrero Quintero (Dpto. de Publicaciones, Instituto Andaluz del Patrimonio Histórico)

actualidad

- 002 **El Parlamento de Andalucía aprueba una nueva ley de patrimonio cultural para la comunidad autónoma**
Juan Manuel Becerra García
- 005 **30 años haciendo Escuela de Patrimonio en el IAPH**
Isabel Luque Ceballos
- 009 **La OMS lanza la Biblioteca de Medicina Tradicional para proteger la gobernanza comunitaria y la justicia en salud**
Mirelys Puerta-Díaz, Manjeet Singh Saluja, Verónica Abdala, Geetha Krishnan Gopalakrishna Pillai, João Paulo Souza
- 013 **La Red Iberoamericana de historia de la salud se distingue por la salvaguardia de la memoria sanitaria**
Joana Balsa de Pinho
- 017 **Rehabilitación energética innovadora en un edificio BIC de Córdoba: caso piloto del proyecto europeo FuturHist**
Elena Morón Serna, Marta Romero García, Daniel Herrera Gutiérrez-Avellanosa
- 019 **De la red al vacío: el asociacionismo teje la defensa del patrimonio industrial de Vigo**
Mariña López Rodríguez
- 022 **Paisajes invisibles del lobo en la Serra do Suído, en el término municipal de A Lama (Pontevedra)**
Manuel Ángel Bugallo Otero, Fran García Fernández
- 026 **La Universitat Autònoma de Barcelona lanza la formación gratuita del *software* SUGAR para la gestión arqueológica**
Xavier Roda Gilabert, Susana Vega Bolívar, Jorge Martínez-Moreno, Rafael Mora Torcal
- 028 **Bodegas de Baltanás (Palencia): monitorización inteligente, escalable y no destructiva de un tesoro cultural remoto**
Fernando Ramonet, Lidia Abad, Margarita González, José Javier Anaya, Javier Ortega, Darío Sánchez y Sofía Aparicio
- 032 **INNOPAT: investigar, conservar y activar el patrimonio sevillano desde la innovación y la participación ciudadana**
Esteban García-Viñas, Yolanda González-Campos-Baeza
- 034 **AVPIOP, cuarenta años de patrimonio industrial vasco**
Joaquín Cárcamo Martínez

artículos

- 038 **Saberes y prácticas patrimoniales en y para la salud. Una mirada a la interrelación entre patrimonio cultural y salud**
Carmen Guerrero Quintero, Carmen Mozo González
- 050 **Hacia un acercamiento holístico a la salud como patrimonio**
María Fuentes Caballero
- 072 **Folkmedicina en el siglo XXI. ¿De qué patrimonio hablamos?**
Josep M. Comelles
- 096 **Medicina popular como patrimonio cultural inmaterial: entre la salvaguardia y la reinención glo-local**
Isabella Riccò

- 116 **¿De qué habla la Unesco cuando habla de salud? Una aproximación a la Convención del Patrimonio Inmaterial**
Javier Hernández-Ramírez, Carmen Mozo González
- 146 **De campesinas a *trementinaires*: enfoque histórico-etnográfico de su patrimonialización**
Joan Frigolé Reixach
- 162 **Patrimonio, usos sociales y agua termal en Ourense**
Fátima Braña Rey
- 184 **Etnobotánica y etnofarmacología en Andalucía: de la diversidad vegetal a su uso en medicina tradicional**
Guillermo Benítez, M. Reyes González-Tejero
- 202 **Patrimonio alimentario, dietética y salud: el caso del refranero**
Jesús Contreras Hernández

proyectos y experiencias

- 224 **Cultura en Vena y la activación del patrimonio en hospitales y en territorios en riesgo de despoblación**
Juan Alberto García de Cubas
- 238 **La declaración de la partería en la Lista del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Unesco en 2023**
Juliana Alves Siqueira
- 250 **Inventarios de plantas medicinales en Cuba: la comunidad como portadora principal**
Roxana González López
- 260 **Música para recordar, cantar y curar: creación del Fondo digital de recuerdos musicales**
Guillermo Giner, Enrique Meseguer
- 274 **Centro de Plantas Medicinales de Tejeda en Gran Canaria: patrimonio, ciencia y turismo sostenible**
Isidro Guzmán Marrero García
- 286 **La medicina verde. Proyecto de recuperación de la medicina tradicional en el Sáhara Occidental**
Mohamed Ali Leman
- 298 **Cultura como un pilar para la salud. La actividad de L'ETNO en el campo de la salud y el bienestar**
Luis López Cerrillo, Cintia Sancauto Chardí, Núria Font Lurbe, Rita Redondo Flores, Mercedes Albacete, Javier Bendicho, Albert Fernández, Mónica Cases, Mabel Bueno Juan, María Pons Guia, Francesc Cabañés Martínez, Pilar Payá Ferrando, Ivana Puig Núñez, Joan Seguí Seguí, Carles Sobrevías González
- 314 **Curanderas canarias, tradiciones de sanación**
Beatriz China
- 326 **Conocer, cuidar, compartir. Una red de museos para el *buen vivir***
Encarna Lago González, Cristina Alonso Barreiro, Stephanie Cubides Martínez, Leonardo Casado

debate

- 338 **Salud y patrimonio cultural inmaterial: qué patrimonializar y con qué límites**
coordina Gema Carrera Díaz
- 340 **Salud y patrimonio cultural inmaterial: hacia una ecología patrimonial de los cuidados**
Gema Carrera Díaz
- 350 **Los conocimientos ancestrales y el patrimonio cultural del proceso de parto vertical en Guatemala**
M.^a Teresa Mosquera Saravia

- 353 **Curar desde la tradición: saberes medicinales y patrimonio cultural inmaterial en el Perú**
Rocio Verna Venturo Huares
- 356 **Recuperación y revitalización de los saberes populares en salud en la Andalucía rural contemporánea**
Sonia Herrera Justicia
- 359 **Medicina tradicional y Al-Ándalus**
Pablo Diego García Durán
- 362 **Los saberes tradicionales en salud como patrimonio cultural: tensiones entre cultura y salud pública en contextos rurales**
Jenny-G. Rebolledo-Morelo
- 365 **Salud, patrimonio universal**
Liliana Chertkoff
- 367 **La cultura del Pohã Ñana: salvaguardando la actividad de las yuyeras de Paraguay**
Sara González Cambeiro, Sergio D. Ríos
- 370 **Parteiras Tradicionais do Brasil: patrimonialização como um caminho de salvaguarda de saberes do cuidado?**
Júlia Morim, Elaine Müller
- 373 **El cuidado como patrimonio en la era de la biomedicina: una mirada crítica desde la salud pública y la perspectiva de género**
M. Elena Pérez López
- 376 **Sensibilidad, cuidado y patrimonio inmaterial en la construcción del paisaje urbano de la salud**
Gabriela Campari
- 379 **El patrimonio cultural de la salud en perspectiva del derecho a la salud y la paz de Colombia y de América Latina**
Giovanni Apráez Ippolito
- 382 **Los rituales vinculados a la medicina tradicional en África: bienes inmateriales y materiales. Su presencia en los museos**
Oliva Cachafeiro Bernal
- 385 **¿Pluralismo médico o medicina plural?**
Enrique Perdiguero-Gil
- 388 **Reflejos materiales de un patrimonio inmaterial: musealizando los saberes tradicionales en salud**
Manuel Amezcua
- 391 **Las mujeres de la selva que aprendieron a parir con los ratones y con Ikiama Nukuri frente a la ausencia del Estado**
Tania Macera Torres
- 395 **El tábotú y la salud como patrimonio: palabra, relación y cuidado en contextos amazónicos**
Vivian P. Rosado Cárdenas
- 398 **Patrimonio inmaterial, bienestar social y universidad: una alianza basada en proyectos con enfoque participativo**
María Luisa Vázquez de Ágredos Pascual, Ester Alba Pagán, Ana Bonmatí Alcántara
- 401 **Apuntes sobre medicina tradicional, patrimonio inmaterial y prácticas médicas en México**
Carolina Sánchez García

reseñas

- 404 **Gibaja, J.F. y Parisi, M. (eds.) Más allá de la Academia: la divulgación científica**
Por Elena Castro Martínez

- 406 **Reyes de la Carrera, M. R. y Molina Cañete, D. (coords.) *Santísimo Cristo de la Salud: devoción, arte e historia***
Por María Sánchez Rivas
- 408 **Domínguez, P., Genin, D. y Ventura, M. (eds.) *Comunales. El caso de las Sierras de Andalucía nororiental***
Por Rufino Acosta Naranjo
- 410 **González de Oleaga, M. y Liscia, María Silvia di (eds.) *Memorias en guerra: colonialismo y resistencia en museos y monumentos***
Por José María Durán Medraño
- 412 **Andrés, J. de. *El dilema ambiental. Conversaciones sobre arquitectura, medioambiente y patrimonio***
Por Eulalia Álvarez-Gallardo
- 414 **Belmonte Fernández, D. (ed.) *El patrimonio escondido en las collaciones urbanas: escrituras, documentos y libros***
Por Patricia Pérez Muncunill
- 416 **Brulon Soares, B. y Bonilla-Merchav, L. *Guía para la definición de museo: palabras que inspiran acción***
Por Pablo Osma Rodríguez
- 418 **García Garrido, M.A., Rey Castelao, O. y Hanicot-Bourdier, S. (coords.) *Guardianas del tiempo. Mujeres, historia, testimonio (ss. XVI-XX)***
Por José Miguel Marín Prieto
- Cubierta** Recolección de caléndula, reconocida por sus poderosos efectos antiinflamatorios, cicatrizantes, antisépticos y calmantes | foto Claus Isenbergo

revista PH (ISSN 23-40-7565) es una publicación en línea cuatrimestral (febrero, junio y octubre), destinada a los profesionales e investigadores del patrimonio histórico/cultural. Sus contenidos están disponibles, de manera gratuita y sin restricciones, en el sitio web www.iaph.es/revistaph. En esa misma dirección encontrará publicadas las contribuciones de la etapa impresa.

Este fichero constituye una recopilación de todos los artículos del número, que pretende facilitar la descarga e impresión personal, pero no es, en ningún caso, una versión impresa de la publicación periódica digital.

revista PH se edita bajo una licencia creative commons 3.0 BY-NC-ND, por lo que usted es libre de difundir su contenido siempre que cite claramente la fuente original, no utilice la obra para fines comerciales y no altere o transforme la obra.

Los contenidos de la revista no deben ser interpretados como el punto de vista del Instituto Andaluz del Patrimonio Histórico, al menos que se especifique explícitamente.

El Parlamento de Andalucía aprueba una nueva ley de patrimonio cultural para la comunidad autónoma

Treinta y cinco años han transcurrido desde la Ley 1/1991, de 3 de julio, de Patrimonio Histórico de Andalucía, que supuso dotar a esta comunidad autónoma de una norma que establecía un régimen propio y complementario al estatal de la Ley 16/1985, de 25 de junio, del Patrimonio Histórico Español. La posterior Ley 14/2007, de 26 de noviembre, del Patrimonio Histórico de Andalucía integró el régimen estatal y andaluz en uno solo. La Ley 4/2026, de 24 de marzo, de Patrimonio Cultural de Andalucía, recién aprobada por el Parlamento de Andalucía, avanza un paso más, actualiza conceptos, desarrolla ampliamente los instrumentos de la tutela del patrimonio cultural y armoniza con las legislaciones con las que interactúa.

Juan Manuel Becerra García | Equipo redactor de la Ley

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6130>

El pasado 11 de marzo, el Parlamento de Andalucía aprobó la Ley 4/2026, de 24 de marzo, de Patrimonio Cultural de Andalucía (*Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, n.º 65 de 7 de abril de 2026). Se trata de la tercera norma sobre patrimonio histórico o cultural de la que se dota Andalucía y con ella actualiza su régimen jurídico tras más de 18 años de vigencia de la Ley 14/2007, de 26 de noviembre. Intentaremos hacer un breve resumen de la novedades que incorpora la reciente norma que se desarrolla en 166 artículos, más 43 disposiciones entre adicionales, transitorias, derogatorias y finales.

Es de destacar la amplia participación con la que ha contado la tramitación de la ley: 510 aportaciones en el periodo de consulta previa; 1.215 alegaciones en el periodo de instrucción; 32 entidades con 455 alegaciones en el trámite de audiencia; y 171, entre personas físicas y jurídicas, que presentaron 546 alegaciones en el trámite de información pública.

Como se recoge en su Exposición de motivos: “...esta norma tiene por objeto regular la tutela, protección, conservación, enriquecimiento, salvaguardia, fomento y difusión del patrimonio cultural de Andalucía, de forma que sirva a la ciudadanía como herramienta de cohesión social, desarrollo sostenible y fundamento de la identidad cultural del pueblo andaluz”.

La evolución en el ámbito internacional del concepto de patrimonio histórico hacia uno más amplio ha requerido actualizar la definición del mismo en la norma modificando, además del título de la ley, su contenido para dar cabida de forma más coherente a realidades patrimoniales que han adquirido mayor relevancia en los últimos años, como es el caso del patrimonio etnológico material e inmaterial, lo que supone igualmente la adaptación de su regulación a las novedades incorporadas por la Ley 10/2015, de 26 de mayo, para la salvaguarda del Patrimonio Cultural Inmaterial. Además, los trabajos de



Zócalo. Iglesia de San Ildefonso (Jaén) | foto Fondo Gráfico IAPH (José María Artiga García)

desarrollo de diversos instrumentos de carácter internacional emanados por la Unesco y el Consejo de Europa, como la *Convención para la Salvaguarda del Patrimonio Cultural Inmaterial* (2003), el *Convenio Europeo del Paisaje* (2000) o la *Convención de Faro* (2005) han justificado una revisión de la vigente ley con el fin de incorporar a la administración autonómica una regulación de los procedimientos para la declaración como patrimonio mundial por la Unesco, así como el seguimiento de la gestión en los ya declarados.

Por otra parte, la experiencia acumulada en la aplicación de la Ley 14/2007, de 25 de noviembre, aconsejaba actualizar y modificar aspectos de la misma. Así se han delimitado de forma más clara las competencias autonómicas y municipales, teniendo en consideración la Ley 5/2010, de 11 de junio, de autonomía local de Andalucía. Por su parte, la jurisprudencia constitucional ha permitido además revisar determinados aspectos de la norma, como el régimen jurídico de los bienes del patrimonio histórico, para que el marco competencial de la comunidad autónoma se ajuste de la manera más amplia posible a los parámetros constitucionales. La aprobación de nuevas normas sectoriales en el ámbito urbanístico o la modificación de la norma ambiental planteaban la necesaria revisión de los instrumentos de coordinación entre dichos ámbitos y el patrimonial.

Entre las novedades se establece una nueva clasificación en tres niveles de los bienes del patrimonio cultural de Andalucía: declarados de interés cultural (BIC), de interés patrimonial (BIP) y catalogados. Siendo los primeros aquellos de los que reuniendo los valores del artículo 2 son “los más relevantes”, los segundos “los que posean una notable relevancia y especial significación”, y los terceros “los dotados de una significación propia en el ámbito comarcal o local”. A su vez, los BIC pueden ser inmuebles, muebles o inmateriales; los BIP, muebles e inmuebles; y los catalogados, solo inmuebles. En las disposiciones adicionales se hace una detallada pormenorización de los bienes que, por disposición de esta Ley, adquieren o pueden adscribirse a esta clasificación.

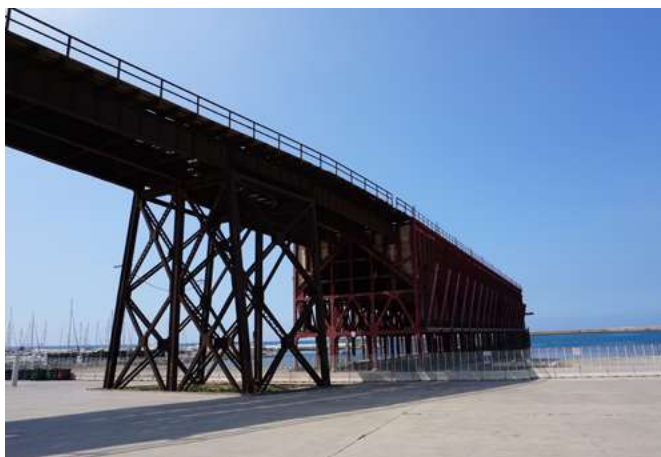
Se crea el Registro General del Patrimonio Cultural de Andalucía (RGPCA), que sustituye al Catálogo General



Trashumancia en Almegíjar, Sierra Nevada (Granada) | foto Fondo Gráfico IAPH (Estefanía Fernández Fernández)



Detalle de bordado en tul. Hinojos (Huelva) | foto Fondo Gráfico IAPH (Rosa Satué López)



Cable inglés en Almería | foto Matt Kieffer

del Patrimonio Histórico de Andalucía, al objeto de una mayor coordinación con el instrumento del Estado y para evitar confusiones con la figura del catálogo urbanístico. En el RGPCA se pueden inscribir los bienes como BIC o como BIP y en ambos casos pueden tener delimitado un entorno e instrucciones particulares o planes de salvaguarda para los bienes inmateriales. En el caso de los BIC inmuebles se completan las categorías del patrimonio cultural inmuebles con las figuras de paisaje cultural y vías culturales. Los bienes catalogados quedan registrados en los correspondientes catálogos urbanísticos o territoriales, no estando integrados en el RGPCA.

Como instrumento para la difusión de la información sobre los bienes culturales de Andalucía se establece el Sistema del Patrimonio Cultural de Andalucía. El sistema integrará datos, incluidos los cartográficos, referidos a los bienes inscritos en el RGPCA y a los bienes incluidos en los estudios, proyectos e inventarios realizados por la Consejería. Esta información será accesible, salvo la sensible, a la ciudadanía.

Otro aspecto que merece la pena destacar es que, por primera vez, se hace una clasificación detallada de las actuaciones de intervención sobre bienes muebles e inmuebles inscritos en el RGPCA, distinguiendo entre investigación para la intervención, valorización, mantenimiento, conservación y restauración, y rehabilitación, así como requisitos y contenido del proyecto de conservación, y criterios generales y específicos de intervención. En cuanto al régimen de autorización o declaración responsable para las intervenciones en BIC, BIP y sus entornos, la norma avanza pormenorizando a un nivel casi reglamentario aquellas actuaciones que están sometidas a uno u otro régimen.

Se regula el contenido mínimo de protección de los instrumentos de ordenación urbanística, distinguiendo en esta Ley entre conjuntos históricos, sitios históricos, lugares de interés etnológico y lugares de interés industrial; zonas patrimoniales, paisajes culturales y vías culturales; y zonas arqueológicas. Se mantiene el procedimiento de delegación de competencias en los municipios y se revisa el procedimiento de informe en los instrumentos de prevención ambiental.

En materia de patrimonio arqueológico se actualiza la definición y clasificación de las actividades arqueológicas, distinguiendo entre las sometidas a autorización o a declaración responsable. Y se regula la protección del patrimonio cultural subacuático.

La norma hace un especial desarrollo del patrimonio etnológico al que dedica un capítulo completo. Enumera los bienes inmuebles y muebles de los que se presume su valor etnológico y establece criterios de intervención, así como los ámbitos temáticos del patrimonio cultural inmaterial y sus planes de salvaguardia.

Se establece una novedosa regulación para la tramitación de las iniciativas en Andalucía tanto a las listas del patrimonio mundial como a las listas del patrimonio cultural inmaterial de la humanidad, así como quién puede formular la iniciativa y los requisitos previos que deben cumplir los bienes que se proponen.

Y para terminar esta breve reseña de las principales novedades de la ley, señalamos la importancia que le otorga a la investigación, difusión y educación en materia de patrimonio, así como la creación de la figura de intérpretes del patrimonio, altamente demandada por el sector.

No podemos concluir sin dejar de mencionar que detrás de esta norma hay un amplio equipo multidisciplinar de redacción de la Consejería, formado principalmente por historiadores, arqueólogos, conservadores, arquitectos, urbanistas, archiveros, documentalistas, licenciados en derecho, etc. bajo la dirección de la Dirección General de Patrimonio Histórico, que han aportado su conocimiento y larga experiencia para que esta ley pueda cumplir su objetivo. Y agradecer las observaciones, sugerencias y recomendaciones que se han recibido de personas, entidades, colegios profesionales, asociaciones..., así como los informes de las administraciones, que han ayudado a perfeccionar el texto de la norma

30 años haciendo Escuela de Patrimonio en el IAPH

En 2026, el programa de formación del Instituto Andaluz del Patrimonio Histórico (IAPH) celebró su 30 aniversario con una jornada donde se puso en valor la trayectoria compartida con los colectivos colaboradores. Nacido en 1996, al amparo del II Plan General de Bienes Culturales, el programa se reivindica hoy Escuela de Patrimonio, una herramienta estratégica alineada con el último Plan Estratégico del IAPH (2025), centrada en la innovación, la gestión compartida y la territorialización de la formación, con hitos como la consolidación de la enseñanza en línea y la creación de redes profesionales y comunitarias en torno al patrimonio andaluz.

Isabel Luque Ceballos | Dpto. de Formación, Instituto Andaluz del Patrimonio Histórico (IAPH)

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6157>



Diseño de Manuel García Jiménez elaborado para la conmemoración de los 30 años de formación del IAPH

“30 años de la escuela de patrimonio cultural son una oportunidad para compartir lo que esperamos de nuestro trabajo cuando sentimos vivir en un mundo delirante que lleva a muchos a subirse en la inercia del mejor no pensar, mejor delegar en la máquina [...] El mejor futuro de las humanidades será bueno no para unos pocos sino para la mejora comunitaria y del planeta. Y ese futuro se labra en encuentros como este si se convierten en espacios para el diálogo verdadero, tanto lo que perturba como la alegría de la conciencia.”

El futuro de las humanidades, Remedios Zafra
30 años del programa de formación del IAPH
13 de febrero de 2026

En 2026 el programa de formación del IAPH cumple 30 años haciendo escuela. Nació bajo los auspicios del II Plan General de Bienes Culturales en 1996 y se ha ido actualizando en los sucesivos planes estratégicos del IAPH. Se nutre de la filosofía del convenio marco del Consejo de Europa sobre el valor del patrimonio cultural para la sociedad (*Convenio de Faro*, 2005) y más directamente del último Plan Estratégico del IAPH (2025), donde se entiende el patrimonio cultural como un medio para mejorar la calidad de vida y el equilibrio territorial en Andalucía y se apuesta por la innovación en el sector patrimonial andaluz y su relación con las personas.

La formación en patrimonio cultural del IAPH ha ido evolucionando con el sentido del patrimonio, las políticas públicas que lo amparan y los agentes patrimoniales que lo viven. Pero desde el principio se ha caracterizado por los siguientes desafíos:

> La territorialización. En una comunidad tan amplia y diversa como es Andalucía, este desafío se ha podido afrontar gracias a la colaboración con entidades patrimoniales de todo el territorio andaluz (modalidad presencial); a través de la formación en línea iniciada en 2021, tras la crisis del covid-19, y que en la actualidad resulta imprescindible (72 actividades formativas, 3.800 horas de formación, más de 6.790 alumnos y alumnas); y desde la creación de redes con las comunidades visibilizadas en encuentros como Redactívate o en los seminarios de patrimonio inmaterial.



Ilustración *Comunidad*. Relatoría creativa a cargo de La Mari Muriel

> La innovación social en patrimonio cultural, que ha impulsado una actualización continua conectada con la evolución del concepto de patrimonio y de las políticas culturales implicadas en su gestión.

> La gestión compartida. Desde la institución, con unas capacidades limitadas, se puede estar al tanto de los diversos ámbitos relacionados con el patrimonio cultural gracias a la implementación de un modelo compartido en colaboración con colectivos profesionales y sociales del patrimonio. Esta cooperación ha permitido entender las necesidades de las comunidades que sustentan el delicado hilo de lo patrimonial.

Por lo tanto, durante estas tres décadas, el programa de formación¹ del IAPH se ha ido consolidando como una escuela de patrimonio cultural *de facto*. Se ha orientado a fortalecer capacidades y criterios, fomentar comu-

nidades patrimoniales, impulsar la transdisciplinariedad, ofrecer formación personalizada, crear redes y promover el aprendizaje a través de buenas prácticas, asumiendo además un papel de mediación.

Desde los primeros cursos a comienzos de los años noventa del siglo pasado, hasta la consolidación del modelo colaborativo actual, la Escuela ha acogido a miles de profesionales y estudiantes (entre cursos, becas y estancias, más de 29.238 personas) y ha abordado un abanico amplio de disciplinas y enfoques, de lo técnico a lo conceptual, articulando alianzas con universidades, asociaciones, colegios profesionales y otras entidades o colectivos para detectar necesidades, sostener profesorado y ampliar el impacto territorial en Andalucía. En esta evolución, el IAPH ha incorporado los cambios estructurales del sector, del ecosistema educativo, del propio concepto de patrimonio y sobre todo de las personas que lo cuidan, adaptándose al contexto de cada momento.

En este sentido superó la crisis económica del periodo 2008-2014, de la que surgieron los Encuentros Patrimonio de Proximidad para visibilizar las buenas prácticas patrimoniales en momentos difíciles como una estrategia para dar confianza y esperanza en un sector en depresión. Lo mismo sucedió en la crisis del covid-19, en la que la formación en línea adquirió un valor de conectividad ahora afianzado. De esa época es la primera edición del MOOC sobre patrimonio cultural de Andalucía, una apuesta por la transferencia del conocimiento generado en el IAPH y por la sensibilización patrimonial que ha posibilitado, en las cinco ediciones realizadas, el aprendizaje no presencial simultáneo de un amplio número de personas, de forma gratuita y sin requisitos académicos previos. La filosofía del formato MOOC, al igual que los datos abiertos, se alinea con el concepto de gobernanza participativa o gobierno abierto, por su esfuerzo orientado a acercar el conocimiento a la ciudadanía sin restricciones.

A lo largo de esta trayectoria ha sido necesario crear momentos para la reflexión, la escucha activa y la revisión. Por eso en 2018 se planteó un debate sobre la dimensión de la formación en el IAPH, su futuro y el de

las profesiones que le atañen. Y se llegó a la conclusión de que, frente a la rapidez de los cambios sociales y patrimoniales, las tendencias formativas no pueden limitarse a abordar el patrimonio como un recurso que hay que gestionar, sino que deben mantener la mirada crítica y considerar su dimensión cultural y sus valores.

En 2026 se hacía necesario otro “alto en el camino” para la reflexión crítica de carácter retrospectivo y, fundamentalmente, prospectivo. Así, el 13 de febrero de este año se celebró una jornada para celebrar el 30 aniversario de la formación en el IAPH, para agradecer a los colectivos colaboradores la experiencia compartida y para reflexionar sobre los retos y desafíos inmediatos de la mano de Remedios Zafra, que ofreció una conferencia sobre el futuro de las humanidades, a la que siguió una sesión de trabajo participativo sobre los retos de futuro para la formación y sus profesionales.

Ese taller, basado en el formato *World Café/ProAction Café* (mesas temáticas y rondas de conversación), ofrecía el marco para conversar con claridad institucional y sectorial. Participaron 40 personas del sector que abordaron colectivamente tres cuestiones cruciales sobre la actualidad de la educación patrimonial detectadas por la institución tras un análisis interno:

> Cómo afecta el impacto de la inteligencia artificial al trabajo profesional y qué implicaciones tiene para la formación: competencias, criterios profesionales y foco ético.

> Cómo conectar con nuevas generaciones y perfiles profesionales, ajustando lenguajes, formatos y experiencias de aprendizaje sin diluir la identidad profesional; cómo diseñar formación pertinente en formatos, canales y lenguajes; y cómo vincular a perfiles emergentes con el ecosistema profesional.

> Cómo favorecer el reconocimiento profesional y su legitimidad pública en el contexto actual, incluyendo qué rol puede desempeñar la formación para hacer más visible, comprensible y sostenible el aporte del sector.

En el primer reto el debate se centró en los usos de la IA como herramienta y en la necesidad de forma-



Diversos momentos de la jornada para celebrar el 30 aniversario de la formación en el IAPH | fotos Fondo Gráfico IAPH

ción para responder con sentido y ética al nuevo paradigma. Se apuntó que el desplazamiento de los valores humanísticos en favor de la utilización de la IA de forma acrítica entraña peligros de homogeneización y estandarización cultural, alteración del conocimiento, falta de veracidad y dependencia tecnológica. Remedios Zafra lo había apuntado en la conferencia previa “qué gran tristeza que entre las primeras cosas que la tecnología ha hecho por nosotros como trabajadores y humanos es ocuparse del trabajo creativo y narrativo, justo el que más nos gustaba, mientras no nos mejora la vida en las tareas tediosas y burocráticas que seguimos haciendo y que la autogestión ha ampliado”. Servirse de la IA como aliada supone utilizar los algoritmos para las tareas mecánicas, sin sustituir la experiencia, la sensibilidad, ni el juicio profesional. Para la formación patrimonial y su desarrollo profesional es imprescindible la construc-

ción comunitaria y de vínculos ciudadanos, que favorecen la reflexión crítica. La creación de observatorios y comunidades de práctica (como el Observatorio de Inteligencia Artificial en Archivos) y apoyar alternativas públicas, sin intereses comerciales, de datos verificables, ayuda a poner los valores humanísticos en el centro del trabajo en educación.

El segundo reto se ocupó la conexión de las nuevas generaciones con los perfiles profesionales ligados a la renovación generacional y a los cambios de la percepción social del patrimonio. Existe una brecha de edad, tanto en instituciones como en colectivos asociativos, provocada por la falta de reemplazo, por la precariedad del sector o porque los jóvenes no se sienten interpelados por los discursos del sistema o por la falta de claridad en las salidas profesionales. Para subsanar estas cuestiones se planteó el desarrollo de estrategias de escucha activa y de aprendizaje recíproco y participativo conectado con las motivaciones reales y los nuevos modos de aprender, sin perder la identidad profesional. Igualmente se subrayó la necesidad de actualización de la orientación vocacional, sobre todo en etapas tempranas como la educación secundaria y bachillerato.

El tercer reto se centró en el reconocimiento de las profesiones del patrimonio. Esta preocupación ha sido un continuo a lo largo de la trayectoria de la escuela en el IAPH, ya que está directamente relacionada con la legitimidad y el valor público de las profesiones del patrimonio cultural. Hay profesiones, por ejemplo, que no son constatadas como tales por la administración o quedan “agrupadas” en servicios genéricos. El hecho de que las humanidades se asocien al ocio o al turismo, perdiendo estatus frente a ámbitos científicos y tecnológicos; de que la alfabetización patrimonial sea escasa en educación primaria y secundaria; y de que no se entienda el patrimonio cultural como un servicio público esencial con impacto directo en el bienestar social, la identidad colectiva y la cohesión social; se traduce en una falta de reconocimiento de las personas que cuidan el patrimonio que afecta a su equilibrio y estabilidad laboral, a su remuneración y a su legitimidad formal. Desde esta mesa se apuntaron las siguientes recomendaciones: trabajar en educación patrimonial desde los centros educativos

con enfoque interdisciplinar, con referentes de prestigio; posicionar el patrimonio como clave para afrontar retos contemporáneos² como la igualdad; y destacar el valor del oficio y la diversidad de perfiles emergentes.

Las conclusiones recogidas sirven a la Escuela de patrimonio del IAPH para orientar su línea de trabajo, en este sentido se propone: ahondar en la línea de formación sobre el uso ético y adecuado de la IA en patrimonio cultural, en colaboración con la Asociación de Museología y Museografía de Andalucía; propiciar espacios de encuentro y debate con “tiempo para pensar”; reforzar redes y alianzas para abordar retos transversales como la protección de la creatividad frente al algoritmo, el aprendizaje mediante buenas prácticas o la cocreación de modelos intergeneracionales con estancias y mentorías; y el reconocimiento de las profesiones del patrimonio y la visibilización de las comunidades patrimoniales. Aún queda mucho camino por recorrer y la Escuela de patrimonio sigue trabajando para aportar valor humanístico y sentido crítico al quehacer patrimonial de las personas que lo cuidan, lo habitan y lo viven a diario. Para todas ellas nuestro agradecimiento y compromiso.

NOTAS

1. El Departamento de Formación del IAPH, dependiente del Área de Formación y Publicaciones dirigida por Carlos Romero Moragas, ha estado integrado hasta enero de 2026 por Isabel Luque Ceballos, Martín Fernández, María Victoria Madrid, Myriam Olmedo y Julio Rodríguez, formando parte de la Dirección de Investigación y Transferencia a cargo de Marta Sameño Puerto.
2. Mondiacult 2025 (Barcelona) consolidó la cultura como bien público mundial y derecho humano fundamental, impulsando la creación de un Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) específico para la cultura en la agenda post-2030 y destacando su impacto transversal en la paz, economía y resiliencia climática. Con la implementación, además, del Plan de Derechos Culturales.

La OMS lanza la Biblioteca de Medicina Tradicional para proteger la gobernanza comunitaria y la justicia en salud

Con la publicación de la Estrategia Global de Medicina Tradicional 2025-2034 de la OMS, la Biblioteca Global de Medicina Tradicional (TMGL), lanzada en 2025, emerge como una respuesta concreta a las vulnerabilidades que hoy amenazan estos saberes: dispersión, invisibilidad y riesgo de apropiación indebida. Esta nueva infraestructura redefine el papel de la preservación digital del patrimonio cultural inmaterial e introduce herramientas inéditas de salvaguarda y gobernanza para garantizar que la medicina tradicional siga siendo un conocimiento vivo, contextualizado y bajo control de sus comunidades: memoria viva e inteligencia global.

Mirelys Puerta-Díaz | Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, OPS, OMS

Manjeet Singh Saluja | Centro Global de Medicina Tradicional, OMS

Verónica Abdala | Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, OPS, OMS

Geetha Krishnan Gopalakrishna Pillai | Centro Global de Medicina Tradicional, OMS

João Paulo Souza | Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, OPS, OMS

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6124>

La medicina tradicional es, al mismo tiempo, herencia cultural y práctica viva de cuidado. En muchas partes del mundo, saberes sobre plantas medicinales, masajes, rituales terapéuticos, partería tradicional, dietas, técnicas corporales y formas de diagnóstico, transmitidas entre generaciones, siguen organizando la experiencia de la salud, de la enfermedad y de la relación entre cuerpo, comunidad y territorio. No se trata de un vestigio del pasado, sino de un patrimonio inmaterial en uso: dinámico, adaptable y arraigado en contextos ecológicos, lingüísticos y espirituales específicos.

Esta doble condición –patrimonio cultural y sistema de cuidado– ocupa un lugar central en el contexto contemporáneo. No solo articula modos de vida y formas propias de conocimiento, sino que ofrece respuestas concretas a las necesidades de cuidado, especialmente donde los sistemas biomédicos son limitados. Su preservación, por tanto, trasciende la memoria y se vincula con la diversidad cultural, la soberanía cognitiva y la justicia en salud.

Este enfoque se ve reforzado con la publicación, por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Estrategia Global de Medicina Tradicional 2025-2034,

que reconoce su papel en la cobertura universal de salud y define líneas de acción centradas en evidencia, regulación, integración y valorización. En este marco, la gestión del conocimiento se consolida como un elemento estructurante para una integración responsable.

Es en este punto donde el debate patrimonial converge con el sanitario. La medicina tradicional no se conserva como un objeto de museo, sino se preserva en la medida en que permanecen vivas las condiciones de su transmisión, reconocimiento y uso social. Implica no solo comunidades, lenguas, ecosistemas y prácticas, sino también infraestructuras de documentación en las que los pueblos indígenas y las comunidades tradicionales sean reconocidos tanto como partes interesadas, como titulares de derechos sobre sus sistemas de conocimiento y sus formas de gobernanza y transmisión.

En un contexto de acelerada transformación tecnológica y creciente circulación global de saberes, la preservación digital pasa a formar parte de la salvaguarda, pero no puede reproducir lógicas extractivistas. Documentar no es simplemente capturar; es establecer condiciones justas de visibilidad, contexto, consentimiento y protec-

ción. Así, la salvaguarda va más allá de la preservación, incluyendo transmisión, cuidado (*stewardship*) y continuidad de sistemas de conocimiento vivos.

Hoy, el conocimiento en medicina tradicional enfrenta al menos tres vulnerabilidades estructurales. La primera es la dispersión. Estos saberes están distribuidos en múltiples fuentes: artículos científicos, repositorios, manuscritos, acervos locales, políticas nacionales, registros audiovisuales y tradiciones orales, muchas veces no sistematizadas en formatos convencionales. La segunda es la invisibilidad. Una parte significativa de esta producción permanece fuera de los circuitos de indexación, especialmente cuando se publica en lenguas no hegemónicas o se vincula a sistemas médicos históricamente marginados, lo que puede derivar en la pérdida de significado, la fragmentación de sus contextos de uso y su reinterpretación según categorías externas. La tercera es la apropiación indebida. Sin mecanismos adecuados de registro, atribución y gobernanza, los conocimientos tradicionales pueden ser descontextualizados, explotados comercialmente por terceros o convertidos en activos privados sin consentimiento ni reparto de beneficios, evidenciando la ausencia de marcos que garanticen el control comunitario sobre su uso.

Estas tres vulnerabilidades tienen implicaciones directas para el patrimonio cultural. Lo que no es visible tiende a ser



Indígena de la selva amazónica viste un adorno ceremonial con plumas y pinturas corporales, representando identidad cultural y conexión con saberes ancestrales | foto Felipe Ditadi



Aplicación de compresas herbales calientes durante una sesión terapéutica, práctica inspirada en la medicina tradicional para la relajación muscular y el equilibrio del cuerpo | foto Anuruddha Lokuhapuarachchi

excluido de las políticas; lo que no es reconocido puede desaparecer sin dejar rastro; lo que es documentado sin protección puede ser expropiado. De ahí que la preservación digital exija un equilibrio delicado entre visibilidad, organización y acceso, sin vulnerar derechos colectivos.

Es en este escenario donde se inserta la Biblioteca Global de Medicina Tradicional (Traditional Medicine Global Library-TMGL) iniciativa de la OMS y desarrollada, a solicitud de sus Estados Miembros, por el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud BIREME/OPS/OMS, en coordinación temática con el WHO Global Traditional Medicine Centre. Más que una biblioteca digital temática, la TMGL se configura como una infraestructura global de conocimiento orientada a integrar, organizar y dotar de inteligibilidad a fuentes diversas sobre medicina tradicional, contribuyendo a la salvaguarda de un patrimonio cultural inmaterial históricamente fragmentado y subrepresentado.

Alineada con la Estrategia Global de Medicina Tradicional de la OMS, la Biblioteca Global fortalece la base de evidencias al integrar diferentes sistemas de conocimiento, promueve el uso seguro y enfoques regulatorios, y contribuye a su articulación en los sistemas nacionales de salud. Al mismo tiempo, pone de relieve su carácter intersectorial, al vincular salud, biodiversidad y patrimonio cultural y amplía la noción de evidencia para incorporar dimensiones científicas, textuales, orales y experienciales.

A medida que evoluciona, transita desde un repositorio a un sistema de inteligencia pluriepistémico, aproximando el conocimiento a los procesos de formulación de políticas y toma de decisiones, sin perder su integridad contextual. Su relevancia radica en reconocer que la medicina tradicional no puede comprenderse únicamente desde los estándares biomédicos, ya que muchos de sus saberes circulan en formas narrativas, experienciales y comunitarias que no se reducen a categorías documentales estandarizadas. El desafío es, por tanto, no solo técnico, sino también epistemológico: crear condiciones para que distintas formas de conocimiento coexistan sin anularse.

En este sentido, la Biblioteca impulsa una ecología de saberes en la que la evidencia científica, la experiencia comunitaria y la tradición oral dialogan con rigor y respeto, permitiendo reconocer la medicina tradicional como conocimiento vivo. Este enfoque redefine también la preservación, al entender estos saberes como recursos cuya continuidad depende de condiciones culturales, materiales e institucionales, y posiciona a la biblioteca digital como una plataforma de mediación entre memoria, investigación, políticas públicas y derechos colectivos.

Al mismo tiempo, esta perspectiva exige abordar la propiedad intelectual y la gobernanza ética. La circulación digital amplía oportunidades, pero también riesgos de apropiación indebida, por lo que una preservación responsable requiere criterios de acceso, consentimiento y protección que equilibren visibilidad y derechos colectivos.

Es en este punto donde el TMGL Vault adquiere relevancia como un módulo orientado a la preservación segura de conocimientos tradicionales sensibles, incorporando una capa de protección alineada con debates sobre soberanía de datos, derechos colectivos y consentimiento previo. Parte del reconocimiento de que no todo conocimiento debe ser abierto, sino que su circulación debe definirse con participación y control de las comunidades, marcando un giro de la tecnología como instrumento de extracción hacia un mecanismo de salvaguarda.

El TMGL Vault es un nuevo módulo que será basado en un modelo de gobernanza en capas, combina ges-

ción institucional y autoridad comunitaria, con niveles de acceso (abierto, restringido, confidencial), consentimiento informado y control sobre el uso del conocimiento. Alineado con marcos internacionales (como el Protocolo de Nagoya, directrices de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual, OMPI, y el trabajo en curso de la OMS en materia de propiedad intelectual), buscará promover la distribución de beneficios, la gestión responsable y la soberanía del conocimiento tradicional, manteniendo su integridad contextual.

Para la salud pública, el valor de una infraestructura como la Estrategia Global de Medicina Tradicional es amplio. Más ampliamente, la TMGL fortalece la investigación, las políticas públicas y la preservación patrimonial, contribuyendo a reconocer la medicina tradicional como conocimiento vivo. Su desarrollo continuo expresa un cambio de paradigma hacia una inteligencia global en salud más inclusiva y respetuosa de la diversidad cultural.

Como patrimonio cultural inmaterial, la medicina tradicional no es solo legado. Es capacidad social de cuidar, interpretar y transmitir modos de vida. Preservarla digitalmente, con justicia y contexto, es, en última instancia, salvaguardar posibilidades de futuro.

BIBLIOGRAFÍA

- Abdala, C.V.M., Schweitzer, M.C., Ghelman, R., Puerta-Díaz, M., Sousa, M.S.A., Sattigeri, V.J., Gopalakrishna Pillai, G.K., Kajiwara, M., Kuruvilla, S. y Souza, J.P. (2026) Online sources of health-related traditional knowledge: Content for a traditional medicine library. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 104, n.º 5, 328-341J. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13123431/pdf/BLT.25.293555.pdf> [Consulta: 05/04/2026]
- BIREME/OPS/OMS (2026) Lanzada la Biblioteca Global de Medicina Tradicional. *Boletín BIREME*, n.º 107. Disponible en: <https://boletin.bireme.org/pt/2026/02/26/1-oms-lanca-biblioteca-global-de-medicina-tradicional/> [Consulta: 05/04/2026]
- Dutta, A. (2026) WHO Traditional Medicine Strategy 2025-2034: A Policy Analysis of Its People-Centered Framework. *Journal of Integrative and Complementary Medicine*. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/27683605261426230> [Consulta: 24/04/2026]

- Kuruvilla, S., Gopalakrishna, G.K., Kim, S., McDougall, L., Goh, C.S., Matsabisa, M. y Briand, S. (2025) Traditional medicine and its contributions to science, health equity and sustainability. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 103, n.º 11, pp. 642-642A. Disponible en: <https://doi.org/10.2471/blt.25.295061> [Consulta: 07/04/2026]
- Loggiadice, D.S. (2004) Conocimientos tradicionales de los pueblos indígenas. *Revista Propiedad Intelectual*, vol. 4, pp. 283-311
- Napier, A.D., Depledge, M., Knipper, M., Lovell, R., Ponarin, E., Sanabria, E. y Thomas, F. (2017) *Culture matters: using a cultural contexts of health approach to enhance policy making*. Organización Mundial da Saúde, Escritório Regional para a Europa
- OMPI [Organización Mundial de la Propiedad Intelectual] (2017) *Documenting Traditional Knowledge: A Toolkit*. Disponible en: <https://www.wipo.int/publications/en/details.jsp?id=4235> [Consulta: 03/04/2026]
- OMPI [Organización Mundial de la Propiedad Intelectual] (2024) *WIPO Treaty on Intellectual Property, Genetic Resources and Associated Traditional Knowledge*. Disponible en: <https://www.wipo.int/en/web/treaties/ip/gratk/index> [Consulta: 07/04/2026]
- OMS (2025) *Second WHO Global Summit on Traditional Medicine-Technical Brief. Parallel Session 1.C: Healthy ecosystems, healthy futures through Traditional Medicine*. New Delhi: WHO. Disponible en: https://tmgl.org/WHO_TMGS_II/1C_Technical_Brief_TM.pdf [Consulta: 01/04/2026]
- OMS (2019) *WHO global report on traditional and complementary medicine 2019*. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/978924151536> [Consulta: 25/03/2026]
- OMS (2026) *WHO Traditional Medicine Global Library*. Disponible en: <https://tmgl.org/> [Consulta: 15/04/2026]
- ONU (1992) *Convention on Biological Diversity*. Disponible en: <https://www.cbd.int/convention/text> [Consulta: 10/04/2026]
- ONU (2007) *United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples (UNDRIP)*. Resolution A/RES/61/295. Disponible en: https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_E_web.pdf [Consulta: 25/03/2026]
- Patwardhan, B., Wieland L.S., Aginam, O., Chuthaputti A., Ghelman R., Ghods R., Soon G.C., Matsabisa M.G., Seifert G., Tu'itahi S., Kim S.C., Kuruvilla S., Kemper K., Cramer H., Nagendra H.R., Thakar A., Nesari T., Sharma S., Srikanth N. y Acharya R. (2023) Evidence-based traditional medicine for transforming global health and well-being. *European Journal of Integrative Medicine*, vol. 14, n.º 4, 102306. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jaim.2023.100790> [Consulta: 07/04/2026]
- Redvers, N., Celidwen, Y., Schultz, C., Horn, O., Githaiga, C., Vera, M., Bhatt, M., Almario, M.F., Paredes, M., Metacarpa, D. y Bonan, J. (2022) The determinants of planetary health: an Indigenous consensus perspective. *Lancet Planetary Health*, vol. 6, n.º 2, pp. 156-163. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(21\)00354-5](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(21)00354-5) [Consulta: 07/04/2026]
- Riordan, A. y Schofield, J. (2015) Beyond biomedicine: traditional medicine as cultural heritage. *International Journal of Heritage Studies*, vol. 21, n.º 3, pp. 280-299. <https://doi.org/10.1080/13527258.2014.940368> [Consulta: 07/04/2026]
- Secretaría de la Convención sobre la Diversidad Biológica (2011) *Nagoya Protocol on Access to Genetic Resources and the Fair and Equitable Sharing of Benefits Arising from their Utilization to the Convention on Biological Diversity*. Disponible en: <https://www.cbd.int/abs/doc/protocol/nagoya-protocol-en.pdf> [Consulta: 07/04/2026]
- Seifert, G., Boujnah, H., Ghods, R., Wieland, S., Aginam, O., Chuthaputti, A., Ghelman, R., Goh, C.S., Matsabisa, M.G., Tu'itahi, S., Kim, S., Kuruvilla, S. y Patwardhan, B. (2025) Promoting planetary health and well-being for all: harnessing indigenous knowledges for health with traditional, complementary and integrative health systems. *Frontiers in Medicine*, vol. 12, pp. 01-09. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1543687> [Consulta: 07/04/2026]
- UNESCO (2003) *Textos fundamentales de la Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial de 2003*. Edición 2024. Disponible en: https://ich.unesco.org/doc/src/2003_Convention_Basic_Texts_2024_version_ES.pdf?v=1732024325 [Consulta: 26/05/2026]
- WHO [World Health Organization] (2025) *Global traditional medicine strategy 2025-2034*. Geneva: WHO. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240113176> [Consulta: 01/04/2026]
- Wong, Y.M.A., Ahn, S., Bana, A., Dua, P.K., Eggers, R., Kuruvilla, S., Li, Y., Liu, Q., Shen, Y. y Kim, S. (2025) Policy implications of WHO's Global traditional medicine strategy 2025-2034. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 103, n.º 11, pp. 715-721. Disponible en: <https://doi.org/10.2471/BLT.25.293414> [Consulta: 01/04/2026]

Nota

Los autores son los únicos responsables del contenido de este artículo, el cual no refleja necesariamente las opiniones, decisiones o políticas de la OMS ni de la Organización Panamericana de la Salud. Para la elaboración de este manuscrito se utilizaron modelos de lenguaje como herramienta de apoyo a la redacción, revisión y traducción del texto. El contenido final fue revisado y validado por los autores, quienes asumen plena responsabilidad por su exactitud e interpretación.

La Red Iberoamericana de historia de la salud se distingue por la salvaguardia de la memoria sanitaria

La Red Iberoamericana Patrimonio Cultural e Historia de la Salud y de la Asistencia: estudio, divulgación y valoración se constituye como una plataforma colaborativa académica y científica para el estudio, la divulgación y la cooperación en torno a la memoria sanitaria. Tras ser reconocida, en enero de 2022, por la Asociación Universitaria Iberoamericana de Postgrado (AUIP) –que cumple así con uno de sus objetivos de promover la conformación de redes iberoamericanas que impulsen la investigación y la transferencia de tecnología–, la Red toma impulso en su apuesta por la valorización del patrimonio cultural de la salud.

Joana Balsa de Pinho | ARTIS Instituto de História da Arte, Universidade de Lisboa

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6078>

La Red Iberoamericana trabaja para estudiar, difundir y poner en valor el patrimonio cultural de la salud, considerándolo uno de los ámbitos estratégicos para el desarrollo sostenible de los territorios y las comunidades. Lo consigue promoviendo el fortalecimiento de una comunidad académica (conformada por investigadores, estudiantes, profesionales e instituciones) interesada en la historia de la salud, la memoria sanitaria y sus expresiones materiales e inmateriales. Y contando con el aval de la AUIP.

Fundamentos

El campo de estudio de la historia y del patrimonio cultural de la salud y de la asistencia sanitaria es un ámbito en plena expansión, especialmente tras el impacto de la pandemia de covid-19, que puso de manifiesto la importancia del conocimiento del pasado para contextualizar el presente, recurriendo a hechos históricos para inspirar, explicar y promover comportamientos colectivos.

No obstante, la cuestión de la enfermedad y de la salud no se limita a las fases epidémicas; constituye una constante en la vida humana y configura la cotidianidad, así como la manera en que las personas se relacionan entre sí y con el entorno. Por este motivo, desde hace algunos años, diversos investigadores analizan de forma sistemática los objetos materiales que expresan estas relaciones y que fueron producidos en sus respectivos contextos.

El fortalecimiento del estudio, la difusión y la valorización del patrimonio cultural se vincula al hecho de que este es considerado uno de los ámbitos estratégicos para el desarrollo sostenible de los territorios y las comunidades. Esta realidad es hoy incuestionable, como lo evidencian diversos documentos emanados o suscritos por instituciones internacionales como la Unesco, el ICOM, el ICOMOS y el Consejo de Europa. La cultura y el patrimonio constituyen dimensiones determinantes para reforzar valores fundamentales como el respeto, la comprensión y la confianza, y contribuyen a la construcción de un futuro más equitativo, inclusivo, pacífico y ambientalmente sostenible.

Actuaciones que la antecedieron

La creación de la Red representa la continuidad de una colaboración entre algunos de sus miembros, iniciada en



Web de la Red: <https://culturalheritageofhealth.com/>

2012, aprovechando sinergias ya existentes. A lo largo de estos años, el estudio del patrimonio de la salud y de la asistencia sanitaria se ha visto enriquecido por importantes aportaciones, tanto mediante el desarrollo de trabajos académicos temáticos o de amplio alcance cronológico, como a través de proyectos de investigación, la organización de eventos científicos especializados y el establecimiento de redes de cooperación informal.

La colaboración también se ha materializado en proyectos posdoctorales, estancias de investigación, publicaciones en coautoría y la participación en tribunales evaluadores de trabajos académicos.

No obstante, y pese a la relevancia del trabajo ya realizado, existía la voluntad de ampliar las relaciones a otros investigadores y de consolidar una red formal. Asimismo, se reconocía que la realidad histórica y cultural objeto de análisis ha estado marcada por una relación particularmente intensa entre los países ibéricos, entre estos y los países iberoamericanos, y entre los propios países de Iberoamérica.

Propósito y objetivos

La red se ha constituido como una iniciativa colaborativa e interdisciplinaria en la que historiadores del arte, arquitectos, museólogos, restauradores, historiadores de la medicina, de la enfermería y de la cultura, arqueólogos y archiveros trabajan conjuntamente en el estudio, la difusión y la valorización del patrimonio cultural de la salud y de la asistencia sanitaria, en sus diversas manifestaciones materiales e inmateriales.

Sus acciones se concretan en iniciativas de estudio e investigación orientadas a la generación de conocimiento científico, que a su vez fundamenta estrategias y acciones de divulgación y puesta en valor¹.

Así, los principales objetivos de la Red son proporcionar un marco administrativo y científico para sus investigaciones y colaboraciones; reforzar el intercambio académico; potenciar formas de promover y financiar nuevos proyectos; fortalecer la enseñanza especializada en esta área de estudio; y fomentar iniciativas conjuntas de carácter científico y cultural.

Asimismo, se considera fundamental el fortalecimiento de las relaciones entre las personas e instituciones miembros de la Red, tanto académicas como culturales, así como la consolidación de esta área específica de conocimiento.

Investigadores participantes

La Red está constituida por investigadores de distintos países del espacio iberoamericano, y la incorporación de nuevos miembros se formaliza mediante la presentación de una manifestación de interés por parte del investigador, que posteriormente es considerada por la coordinación de la Red (ver tabla de la página siguiente).

Actividades

La Red ha procurado desarrollar un programa coherente de actividades que le permita consolidar su posición como espacio de generación de conocimiento y de fortalecimiento de un área específica de estudio.

Dado que la comunicación constituye hoy un factor esencial, se mantiene una página web que ofrece información institucional, presenta a sus miembros y difunde las actividades y otros eventos relevantes en el ámbito del patrimonio y de la historia de la salud y de la asistencia.

Otra iniciativa a la que la Red ha otorgado especial relevancia es la organización de un seminario permanente, de carácter mensual y en formato digital, en el que participan sus miembros y otros investigadores invitados. Su objetivo es fomentar el conocimiento mutuo y el intercambio académico, así como difundir investigaciones en curso, trabajos académicos y publicaciones recientes. El seminario ha celebrado ya veintitrés sesiones y este año se desarrollará de marzo a julio y de septiembre a diciembre.

La Red también ha estado asociada a diversos eventos científicos, entre ellos el curso Salud e instituciones hospitalarias en España y Nueva España (1400-1600) (2024), promovido por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; los XIII Abrils de l'Hospital (2024), celebrado en la Universidad de Lisboa en coorganización con la Universidad de Barcelona; y el III Congreso Internacional de Arquitectura Asistencial:

Países	Universidades	Personas
Argentina	Red Historia y Patrimonio de la Salud de Argentina	1
	Universidad de Buenos Aires	3
	Universidad Nacional de La Matanza	1
Brasil	Casa de Oswaldo Cruz (Fiocruz)	3
	Universidade Estadual Paulista	2
	Universidade Federal de Minas Gerais	1
	Universidade Federal de Ouro Preto	1
	Universidade Federal do Pará	2
Universidade Federal de Pelotas	1	
Chile	Pontificia Universidad Católica de Chile	3
	Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud, Ministerio de Salud	1
	Universidad Andrés Bello	1
	Universidad de Chile	1
	Universidad de los Andes	1
Colombia	Universidad El Bosque	1
	Universidad Nacional de Colombia	1
Guatemala	Universidad de San Carlos de Guatemala	1
España	Arxiu Capitular de Barcelona	1
	Institución Milá y Fontanals	1
	de Investigación en Humanidades	
	Universidad Complutense de Madrid	2
	Universidad de Alcalá de Henares	1
	Universidad de Barcelona	2
	Universidad de La Laguna	1
	Universidad de Lleida	1
	Universidad de Sevilla	1
Universidad Nacional de Educación a Distancia	1	
Universidad Rovira i Virgili	1	
México	Universidad Anáhuac	1
	Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo	1
	Universidad de Guadalajara	2
	Universidad Nacional Autónoma de México	3
Perú	Pontificia Universidad Católica del Perú	1
	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	1
Portugal	Universidade da Beira Interior	1
	Universidade de Coimbra	5
	Universidade de Lisboa	4
Puerto Rico	Universidad de Puerto Rico	1
Uruguay	Universidad de la República	1
Venezuela	Universidad Central de Venezuela	1
	Universidad del Zulia	1
	Universidad Nacional Experimental del Táchira	1

Miembros de la Red Iberoamericana Patrimonio Cultural e Historia de la Salud y de la Asistencia: estudio, divulgación y valoración

Sustentabilidade e Humanização (2024), celebrado en Belém do Pará (Brasil).

Otra contribución relevante ha sido la publicación del dossier *Patrimônio cultural da saúde e da assistência: reflexões sobre um campo multidisciplinar*, editado en el vol. 29, n.º 2 de *História em Revista*, revista científica de la Universidad Federal de Pelotas (Brasil).

Actualmente, la Red participa asimismo en dos proyectos de investigación promovidos por el Laboratório de Memória e Patrimônio Cultural, LAMEMO (Universidade Federal do Pará) y financiados por el CNPq, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Brasil), dedicados al estudio de las relaciones arquitectónicas entre hospitales brasileños e instituciones similares en Chile, Argentina y México: *Patrimônio da saúde na Iberoamérica, conectando ambiências (2025-2026) y Hospitais históricos, entre o edificado e os espaços livres: estudo multicêntrico na Latinoamérica (2025-2028)*.

En el ámbito de la divulgación y afirmación del patrimonio y de la historia de la salud como un área de estudio autónoma y relevante, miembros de la Red han participado en actividades de formación y sensibilización orientadas a la constitución de redes nacionales vinculadas a los ministerios de salud, como ocurrió en Colombia en 2024. Se promueve así una vertiente aplicada del conocimiento, con impacto práctico en la salvaguardia de esta tipología patrimonial.

Planes para el futuro

En el contexto actual marcado por profundas transformaciones sociales y por la necesidad de repensar los sistemas de salud desde perspectivas históricas, culturales y patrimoniales, la Red se configura como un espacio de cooperación científica capaz de articular conocimiento, memoria y acción. Para tal, se procura implementar un programa coherente de acciones orientadas a su consolidación y proyección con el propósito de convertirla en una referencia internacional en este ámbito de estudio.

Entre los proyectos previstos a corto plazo destacan dos iniciativas que se espera concretar próximamente. La primera es la organización de un evento científico

Assistência à doença em Portugal no século XIX: entre Estado e privados

ANA ISABEL SILVA
Universidade de Coimbra, Portugal



Hospital de Parahyba: Oaxaca, México. XVI, 310 (21 febrero 1893), p. 45
© Herencia Digital

18 de enero de 2022
18 de janeiro de 2022 17:00h. (Lisboa)

Seminario mensual permanente/Seminário mensal permanente

Retransmisión virtual/Transmissão virtual
Inscripción/Inscrição: info@culturalheritageofhealth.com
Modera: Joana Balsa de Pinho

Rede património cultural
+ história da saúde e da assistência
ESTUDO, DIVULGAÇÃO E VALORIZAÇÃO
<https://culturalheritageofhealth.com/>



Identidad médica y farmacéutica en la Cataluña contemporánea: reflexiones partiendo del patrimonio y de los lugares de memoria

LLUÍS COROMINA VERDAGUER
INST. INV. HISTÓRICAS – UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



12 de nov. de 2025 17:00h. (Lisboa)

Seminario mensual permanente/Seminário mensal permanente

Retransmisión virtual/Transmissão virtual
Inscripción/Inscrição: info@culturalheritageofhealth.com
Modera: Darina Martykánová

Rede património cultural
+ história da saúde e da assistência
ESTUDO, DIVULGAÇÃO E VALORIZAÇÃO




Carteles de divulgación del seminario permanente

dedicado a los hospitales de San Juan de Dios, una realidad de gran relevancia en el contexto iberoamericano que confiere cierta homogeneidad al territorio en términos asistenciales. La segunda consiste en la creación y difusión de un premio de investigación destinado a reconocer artículos de estudiantes de posgrado y jóvenes investigadores doctores dedicados al estudio del patrimonio cultural de la salud en el ámbito iberoamericano.

El trabajo desarrollado hasta el momento por la Red demuestra no solo la vitalidad del área, sino también la pertinencia de abordarla desde una perspectiva transnacional, atenta a las conexiones históricas que han configurado el espacio iberoamericano. La investigación, la formación especializada, la divulgación y la creación de

sinergias institucionales constituyen pilares fundamentales de una estrategia orientada a generar impacto académico y social.

NOTAS

1. Actuaciones afines a los objetivos de la Red serían, entre otros: Casa de Oswaldo Cruz; Proyecto Hospitalibvs (Los sistemas asistenciales urbanos en la corona de Aragón. Cambios y continuidades 1300-1550, Universidad de Barcelona); y Proyecto Hospitalis (Arquitectura hospitalar em Portugal nos alvares da Modernidade: identificação, caracterização e contextualização, Universidade de Lisboa).

Rehabilitación energética innovadora en un edificio BIC de Córdoba: caso piloto del proyecto europeo FuturHist

La Agencia de Vivienda y Rehabilitación de Andalucía, AVRA, comprometida con la innovación en rehabilitación energética, está llevando a cabo en Córdoba (Andalucía) una actuación pionera. Se trata de un edificio de nueve viviendas sociales declarado bien de interés cultural (BIC). La intervención se enmarca dentro del proyecto europeo FuturHist, del programa Horizon Europe, cuya finalidad es desarrollar planteamientos de intervención energética eficaces y a medida, pero que puedan normalizarse y reproducirse, con pequeñas adaptaciones, en otros edificios de valor patrimonial.

Elena Morón Serna, Marta Romero García | Agencia de Vivienda y Rehabilitación de Andalucía
Daniel Herrera Gutiérrez-Avellanosa | Eurac Research

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6107>

La transición hacia una energía más limpia y la descarbonización de los edificios plantea un importante desafío para la conservación del patrimonio arquitectónico: aunque se buscan métodos normalizados que aceleren la transición energética, los edificios históricos requieren soluciones específicas que consideren la diversidad y las necesidades particulares de cada caso. El proyecto europeo FuturHist, del programa Horizon Europe, se basa en la identificación y caracterización de tipologías constructivas locales uniformes, como denominador común mínimo, para desarrollar estrategias de intervención personalizadas que puedan ser normalizadas y replicadas en los edificios de esa categoría con pequeñas modificaciones.

En el marco de dicho proyecto, la Agencia de Vivienda y Rehabilitación de Andalucía (AVRA), en su compromiso con la innovación en materia de rehabilitación energética del parque público de viviendas, está llevando a cabo una actuación pionera en un edificio de nueve viviendas sociales declarado BIC, situado en la plaza de la Corredera de la ciudad andaluza de Córdoba.

El edificio presenta dos ámbitos claramente diferenciados: uno, que engloba la primera crujía del siglo XVII con fachada a la plaza de la Corredera, caracterizado por su elevado nivel de protección patrimonial (BIC) y otro, organizado en torno a un patio interior, de más reciente

edificación, con un menor nivel de protección (tipológica). Ambos sectores, además, cuentan con sistemas constructivos distintos, correspondientes a las diferentes etapas edificatorias, lo que ha exigido adoptar enfoques técnicos y medidas específicas para cada uno. En el primer ámbito, con tres viviendas, se centra el caso piloto español del proyecto FuturHist.

Dada la elevada protección arquitectónica de la crujía original, las medidas pasivas de mejora energética se plantean por el interior de la envolvente del edificio mediante la instalación de paneles aislantes prefabricados con mortero de cal y materiales reciclados, favoreciendo el uso de materiales naturales compatibles con la conservación del patrimonio y que contribuyen a regular la calidad del ambiente interior de las viviendas. Además, el desarrollo de soluciones prefabricadas favorece el uso de la cal como alternativa tradicional a soluciones constructivas modernas. Las carpinterías exteriores de madera se restauran, adaptándolas para la incorporación de vidrio aislante al vacío en sustitución del vidrio simple existente, conservando el diseño, material y color existentes. Como parte también de la intervención, se sustituirá el tabique interior de una de las viviendas, por una solución experimental con bloques de arcilla y carbón vegetal, revestido con cal, con objeto de evaluar su capacidad para regular la temperatura, humedad y CO₂ de la vivienda.



Fachada del piso piloto en la plaza de la Corredera



Interior de la primera crujía | fotos AVRA

En línea con la filosofía de AVRA, la estrategia adoptada prioriza la reducción de la demanda energética mediante medidas pasivas. No obstante, esta intervención se complementa con sistemas activos de alta eficiencia, cuidadosamente integrados en el contexto arquitectónico, histórico, social y urbano del inmueble, consistentes en equipos de aerotermia en cada una de las tres viviendas para la climatización y la producción de agua caliente sanitaria, así como sistemas de ventilación mecánica con control de humedad individuales, garantizando confort, eficiencia y control por parte de los usuarios. Gracias a esta combinación de estrategias, se logra superar el objetivo de reducir el consumo de energía primaria en más de un 60 %, garantizando al mismo tiempo la preservación del valor patrimonial del inmueble.

La selección y definición de las medidas para la rehabilitación energética constituyen un reto significativo en este tipo de actuaciones, ya que a la necesidad de que las soluciones sean compatibles con las particularidades de cada zona y con el alto grado de protección patrimonial, se suma la complejidad de ejecutar las obras con las viviendas ocupadas.

En consonancia con el interés de AVRA por promover actuaciones innovadoras y ejemplares en colaboración con universidades y centros de investigación, el desarrollo de este caso piloto cuenta tanto con la colaboración de expertos externos, como la Universidad de Sevilla,

para el asesoramiento, diseño y desarrollo de soluciones, como con la de socios europeos del proyecto FuturHist, como Eurac Research, coordinador de este, para el asesoramiento, diseño y desarrollo de soluciones y para el análisis del comportamiento del edificio.

El resultado de la implementación de esta combinación de estrategias se evaluará detalladamente gracias a la monitorización de las viviendas antes y después de la intervención. Además, bajo la coordinación de ICOMOS, socio también del proyecto, se ha constituido un Comité Externo de Expertos a nivel europeo en el que participan especialistas en materia de patrimonio histórico, energía, tecnología, o medioambiente, y del que forma parte el Instituto Andaluz de Patrimonio Histórico (IAPH) y el Joint Research Center (JRC), como miembros españoles.

En definitiva, los resultados del proyecto FuturHist y de su aplicación al caso piloto de la plaza de la Corredera servirán como referencia para futuras intervenciones en edificios históricos similares simplificando la toma de decisiones y garantizando la conservación del valor patrimonial, incluso en aquellos edificios que no estén formalmente catalogados.

De la red al vacío: el asociacionismo teje la defensa del patrimonio industrial de Vigo

La plataforma Beiramar da Xente que, desde 2024, agrupa a las asociaciones vecinales de Vigo para la defensa de su patrimonio industrial, denuncia la inercia constructiva que lleva a demoler en vez de rehabilitar y reclama la protección de este patrimonio como bien de interés cultural. Durante el pasado mes de abril se inició la consulta pública de la propuesta de declaración. La base de la misma destaca que no se trata de salvar piezas sueltas ni fachadas vacías, sino de proteger de forma integral el patrimonio industrial de la ciudad, reivindica la rehabilitación como alternativa y reclama que la memoria industrial deje de ser un residuo incómodo para convertirse en un activo central del futuro urbano.

Mariña López Rodríguez | Beiramar da Xente

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6159>

Existe una forma de desaparición que no produce escombros visibles. Ocurre antes: en el momento en que un bien queda fuera del ámbito de aplicación de los instrumentos que deberían protegerlo. Del catálogo litoral¹, porque es patrimonio cultural, no ambiental; de la catalogación cultural, porque está en zona portuaria o de dominio público; del planeamiento municipal, porque se gestiona parcela a parcela, disolviendo la coherencia sistémica en una suma de decisiones individuales². No hay derribo todavía. Hay algo más difícil de combatir: la exclusión por definición.

El patrimonio industrial marítimo del litoral español lleva décadas enfrentando esa forma silenciosa de inexistencia. No porque carezca de valor –ese valor es reconocido, documentado, invocado incluso por quienes no actúan para preservarlo–, sino porque los sistemas de reconocimiento patrimonial fueron construidos sobre categorías que lo excluyen de forma estructural.

La industria del mar española no fue un conjunto de iniciativas locales paralelas. Fue un sistema interconectado de larga duración, tejido entre territorios, técnicas y comunidades que se retroalimentaban a lo largo de toda la costa.

Los empresarios catalanes y valencianos que llegaron a las rías gallegas y andaluzas desde el siglo XVIII, incorporando la salazón a una nueva lógica fabril; los técnicos



La Artística-Nave de Construcción | foto Tiempo de Urbex

italianos que transformaron la anchoa cantábrica; las flotas vascas y gallegas que abrieron los caladeros del Gran Sol, Terranova y en todos los océanos; las almadras del sur y el levante como sistema milenario de captura colectiva. Todo eso era un circuito, no una colección de casos.

Vigo fue el nodo central de ese sistema en el siglo XX. En su litoral se sedimentaron todas las fases de la cadena productiva: la pesca, la conserva, la fabricación del envase, el frío industrial, la exportación global. Alfageme, A Artística³, Albo y los frigoríficos de Beiramar son piezas de un sistema territorial coherente que explica cómo Vigo se hizo ciudad. Esa coherencia sistémica es lo que ningún instrumento de protección vigente está diseñado para ver.

El valor de este patrimonio no está en disputa. Está documentado y reconocido. Y, sin embargo, desaparece. El reconocimiento no llega por el valor acumulado, sino por la función futura asignada. Un edificio industrial se vuelve patrimonio cuando alguien decide reutilizarlo. Sin ese proyecto, desaparece sin nombre. No es la historia lo que genera protección, sino la promesa de un futuro rentable lo que activa su reconocimiento.

Esta paradoja tiene una expresión material: el fachadismo. Se conserva la piel y se elimina el contenido. La maquinaria, los olores, la organización del trabajo desa-

parecen en favor de una imagen vacía. La protección ambiental no protege el bien: protege la posibilidad de sustituirlo sin conflicto.

La fragmentación institucional refuerza este vacío. Cada administración actúa dentro de su marco y ninguna asume el conjunto. En Beiramar-Alfageme⁴, en Vigo, el catálogo distingue entre protección integral para elementos simbólicos y protección ambiental para naves sustituibles. Se preserva lo visible y se flexibiliza lo productivo. El sistema desaparece sin necesidad de ser demolido.

El bien de interés cultural⁵ es el único instrumento capaz de operar sobre sistemas. Pero es lento y reactivo. Además, este patrimonio ocupa los frentes marítimos, donde la presión urbanística es máxima. España sigue siendo una potencia mundial en pesca y en transformación de productos del mar. La industria sobrevivió. Su memoria construida, no.

Hay una dimensión que los catálogos no han sabido ver. No está en los edificios, sino en los saberes. Si el patrimonio industrial del mar es el gran olvidado, las mujeres que lo habitaron son las grandes olvidadas dentro del olvido. Las mujeres del mar organizaron el tiempo industrial: en las mesas de limpieza de pescado, en los patios de secado, en los turnos de fábrica. Las mariscadoras gestionaban ecosistemas; las redeiras hacían posible la



Exterior de la fábrica de conservas Alfageme | foto David Amoedo



Interior de la fábrica Alfageme en 1935 | foto Museo de la Conserva (ANFACO)

pesca. Este patrimonio no dejó planos. Y, sin embargo, no genera protección porque no produce forma.

El problema no es solo que estemos perdiendo patrimonio. Es que lo estamos perdiendo con instrumentos que afirman protegerlo. Mientras no seamos capaces de reconocerlo como sistema, seguiremos preservando fragmentos en paisajes vacíos.

El litoral español no necesita más inventarios. Necesita cambiar la pregunta: no qué merece ser protegido, sino qué somos capaces de ver antes de que desaparezca.

Porque lo que no se ve a tiempo, no se protege. Y lo que no se protege, deja de existir incluso antes de ser demolido. Ese es el vacío sobre el que construimos el litoral contemporáneo.

Y, sin embargo, este patrimonio nunca fue local: fue una red que conectó territorios, océanos y comunidades. Quizá el problema no sea solo cómo lo protegemos, sino desde dónde lo estamos pensando.

NOTAS

1. Catálogo de bens de valor cultural no litoral de Galicia. Proxecto de Decreto. *DOG*, n.º 208, 28/10/2025.
2. Plan Xeral de Ordenación Municipal de Vigo (PXOM). Aprobación definitiva. *DOG*, n.º 123, 30/06/2025, expediente 15313/411.
3. Plan especial de reforma interior do SUNC-232 Beiramar-Alfageme, Concello de Vigo.
4. Informe ambiental estratéxico do Plan especial de reforma interior do SUNC-232 Beiramar-Alfageme (exp. 2025AAE3035). *DOG*, n.º 19, 29/01/2026.
5. Solicitud de declaración de bien de interés cultural del sistema industrial litoral de Vigo (Alfageme, La Artística e Beiramar-Jacinto Benavente). Presentada en la Dirección Xeral de Patrimonio Cultural da Xunta de Galicia, julio de 2025. Procedimiento pendiente de incoación.

Paisajes invisibles del lobo en la Serra do Suído, en el término municipal de A Lama (Pontevedra)

El lobo ibérico forma parte de las dinámicas ecológicas y sociales que configuran el territorio de la Serra de Suído. Sin embargo, en las últimas décadas este paisaje ha sufrido un proceso de simplificación y por ende una pérdida de conocimiento local para integrar la presencia del lobo. En este contexto, la Asociación Cultural e Ambiental Serra do Suído (SuídoLAB) desarrolla el proyecto Lobo LAB, enmarcado en la Red Ibérica de Laboratorios de Cultura Comunitaria y Ruralidades (RILCC). A través de mapeos colectivos, derivas territoriales, talleres y charlas basados en la ciencia ciudadana, se propone explorar los paisajes invisibles de la sierra vinculados al patrimonio cultural y natural, utilizando la figura de este animal tan identitario como hilo conductor.

Manuel Ángel Bugallo Otero, Fran García Fernández | SuídoLAB

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6117>



Lobo ibérico en la Serra do Suído | foto Julio Eiroa

El paisaje no es únicamente lo que se ve. En territorios en transición como la Serra do Suído (A Lama, Pontevedra), buena parte de su lógica territorial permanece fuera de la percepción inmediata: prácticas, memorias, relaciones ecológicas y formas de organización que no aparecen en mapas ni imágenes. Esta dimensión no visible, pero estructurante, permite entender el paisaje como una realidad compleja en la que lo perceptible convive con procesos, significados y relaciones que condicionan su funcionamiento. El paisaje constituye así una construcción mediada por la experiencia, atravesada por códigos culturales y sistemas de represen-

tación que determinan qué es visible y qué permanece oculto (Maderuelo 2005).

Desde esta perspectiva, la noción de paisaje invisible adquiere un carácter analítico preciso. Remite a dimensiones que, aun siendo fundamentales, quedan fuera de los marcos convencionales de percepción, representación y planificación. Los valores intangibles del paisaje, vinculados a la experiencia, la memoria, la emoción o los usos sociales, forman parte constitutiva del territorio, aunque su naturaleza subjetiva y a menudo efímera dificulte su identificación y registro (García 2018; Ortega Chinchilla 2019). Incorporarlos al análisis permite revelar capas profundas del paisaje, incluyendo sistemas de significados, formas de apropiación colectiva y vínculos simbólicos que inciden directamente en su configuración y evolución.

Lejos de ser un espacio marginal, la Serra do Suído forma parte de un sistema territorial configurado históricamente por la interacción prolongada entre comunidades humanas y medio físico. El modelo agrario gallego tradicional respondía a una organización compleja basada en la complementariedad entre agricultura, ganadería y monte, generando estructuras altamente adaptadas a las condiciones ecológicas locales (Bouhier 2001). Esta condición permite interpretarlo como una base operativa para la resiliencia territorial.



Vista panorámica del Foxo do lobo de Xesta (A Lama, Pontevedra) | foto Pierre Chauvency

La capacidad de estos sistemas para adaptarse a contextos de cambio no reside solo en su configuración física, sino en el entramado de relaciones que los sostienen: redes sociales, conocimientos locales y prácticas de gestión que constituyen una auténtica infraestructura invisible. Es en este entramado donde se sitúa la presencia del lobo ibérico (*Canis lupus signatus*), no como un elemento aislado, sino como parte de las dinámicas ecológicas y sociales que configuran el territorio.

Desde un punto de vista ecológico, el lobo es una especie con elevada plasticidad adaptativa, capaz de habitar territorios con significativa presencia humana. Su dinámica reciente en la Península Ibérica combina procesos de expansión y recolonización asociados, entre otros factores, a transformaciones en los usos del suelo (González-Díaz et ál. 2020). Esto lo sitúa dentro del paisaje invisible: más que un elemento visible, actúa como indicador de relaciones ecológicas, prácticas productivas y percepciones sociales no siempre explícitas.

En la Serra do Suído, el territorio conserva evidencias materiales de esta relación histórica, como los *foxos do lobo*, *sesteiros*, *currais* y *chozos*, integrados en sistemas

de gestión colectiva vinculados a la ganadería extensiva (Bugallo Otero et ál. 2018). Estas estructuras reflejan formas de organización social basadas en la cooperación y el conocimiento ecológico, evidenciando la capacidad de las comunidades para generar respuestas adaptativas frente al depredador.

Sin embargo, el interés del lobo no reside en su dimensión biológica aislada, sino en las relaciones que articula. Su presencia remite a un paisaje profundamente intervenido, resultado de la interacción entre factores naturales y antrópicos. En estos sistemas, los valores ecológicos, productivos y culturales están estrechamente imbricados, configurando territorios en los que la acción humana ha sido determinante.

El temor asociado al lobo forma parte de esta red relacional. En los sistemas tradicionales de ganadería extensiva, la vigilancia, la movilidad y el conocimiento del medio generaban una relación constante con la presencia potencial del depredador, dando lugar a saberes prácticos transmitidos por experiencia. Estas dimensiones refuerzan la idea de que el paisaje es resultado de procesos históricos complejos en los que interactúan naturaleza y cultura. La organización del territorio responde a esta interacción prolongada, donde sistemas



Vista aérea del Foxo do lobo de Xesta (A Lama, Pontevedra)

productivos, asentamientos y prácticas sociales han dejado una impronta aún legible.

La estructura del paisaje no puede explicarse solo por la presencia del lobo. El mosaico agrario responde a múltiples factores, como la diversidad de usos del suelo, la gestión comunal y la interacción entre actividades productivas (Lomba et ál. 2022). El lobo forma parte de este entramado, pero no lo determina.

En las últimas décadas, estos paisajes han experimentado procesos de simplificación vinculados al abandono, la especialización productiva y la ruptura de prácticas tradicionales. La pérdida de uso agrario implica no solo cambios en la cobertura del suelo, sino una transformación profunda de los sistemas territoriales (Corbelle-Rico et ál. 2022), afectando directamente a las infraestructuras invisibles que sostienen el mosaico.

La desaparición o debilitamiento de redes comunitarias, conocimientos locales y formas de gestión colectiva reduce la capacidad adaptativa del territorio y compromete su resiliencia. En este contexto, las relaciones con la fauna salvaje, incluido el lobo, se reconfiguran, generando nuevas interacciones que ya no responden a los equilibrios tradicionales.



Chozo en la Serra do Suído | fotos Manuel Á. Bugallo y Fran García

Frente a ello, la noción de paisaje invisible permite una lectura más compleja del territorio, atendiendo a las relaciones que lo estructuran y a dimensiones fuera de los marcos convencionales de análisis. El valor del paisaje no reside solo en sus componentes materiales, sino en el entramado de relaciones que los conecta y les da sentido (Bellido Blanco 2023).

Esta lectura tiene implicaciones directas en la comprensión actual del Suído. La pérdida de actividad agraria, la reducción de la ganadería extensiva y la ruptura de prácticas comunitarias no solo transforman la estructura visible del paisaje, sino que erosionan las relaciones que lo sostienen. La desaparición de estos sistemas implica la pérdida de conocimiento local, formas de manejo adaptadas y mecanismos colectivos que permitían integrar la presencia del lobo en el territorio.

En este nuevo contexto, el lobo deja de ser un elemento inscrito en un sistema socioecológico operativo y pasa a convertirse con mayor frecuencia en un factor de conflicto, desvinculado de las prácticas que antes modulaban su impacto. Lo que cambia no es solo su presencia, sino el marco relacional que hacía posible su coexistencia.

Desde esta perspectiva, la recuperación o reinterpretación de los paisajes en mosaico no puede abordarse

únicamente como una cuestión de ordenación física o conservación ambiental, sino como un proceso que requiere reactivar las infraestructuras invisibles: redes sociales, conocimiento situado y formas de gestión colectiva (Kuiper et ál. 2024). Sin esta base, cualquier intervención corre el riesgo de actuar sobre una estructura vaciada de sentido.

En este contexto, nuestra Asociación Cultural e Ambiental Serra do Suído desarrolla el proyecto Lobo LAB, enmarcado en la Red Ibérica de Laboratorios de Cultura Comunitaria y Ruralidades (RILCC). A través de mapeos colectivos, derivas territoriales, talleres y charlas basados en la ciencia ciudadana, se propone explorar los paisajes invisibles de la sierra vinculados al patrimonio cultural y natural, utilizando la figura del lobo como hilo conductor.

BIBLIOGRAFÍA

- Bellido Blanco, A. (2023) El paisaje y sus elementos esenciales: el patrimonio cultural. *revista PH*, n.º 108, pp. 107-109. Disponible en: <https://doi.org/10.33349/2023.108.5251> [Consulta: 25/05/2026]
- Bouhier, A. (2001) *Galicia: Ensaio xeográfico de análise e interpretación dun vello complexo agrario*. Ed. original 1977. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia
- Bugallo Otero, M.A., Aldir Doval, M.C., García Fernández, F., Barros Pérez, J.M., Cuiñas Otero, E., Meijomil Balo, S. y Chauvency, P. (2018) Serra do Suído: As paisaxes invisibles. *La Descomunal. Revista Iberoamericana de Patrimonio y Comunidad*, n.º 4, pp. 277-289
- Corbelle-Rico, E., Sánchez-Fernández, P., López-Iglesias, E., Lago-Peñas, S. y Da Rocha, J.M. (2022) Putting land to work: An evaluation of the economic effects of recultivating abandoned farmland. *Land Use Policy*, vol. 112, 105808. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.landusepol.2021.105808> [Consulta: 25/05/2026]
- García, M. (2018) Cartografías de los valores intangibles del paisaje. *Paisea*, n.º 23, pp. 96-103
- González Díaz, J.A. (2020) Modelos de gestión del territorio, paisaje y biodiversidad en un espacio de montaña: la Reserva de la Biosfera de Redes. *Espacio, Tiempo y Forma. Serie VI, Geografía*, n.º 13, pp. 345-360. Disponible en: <https://doi.org/10.5944/etfvi.13.2020.27462> [Consulta: 25/05/2026]
- Kuiper, J.J., Sellberg, M. M., Lade, S.J. y Andersson, E. (2024) Operationalizing pathway diversity in a mosaic landscape. *Ecology and Society*, vol. 29, n.º 3, art. 26. Disponible en: <https://doi.org/10.5751/ES-15268-290326> [Consulta: 25/05/2026]
- Lomba, Á., Ferreiro da Costa, J., Ramil-Rego, P. y Corbelle-Rico, E. (2022) Assessing the link between farming systems and biodiversity in agricultural landscapes: Insights from Galicia (Spain). *Journal of Environmental Management*, vol. 317, 115335. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jenvman.2022.115335> [Consulta: 25/05/2026]
- Maderuelo, J. (2005) *El paisaje: Génesis de un concepto*. Madrid: Abada Editores
- Ortega Chinchilla, M.J. (2019) El paisaje más allá de la estética: Paisajes invisibles. En: Forniés Casals, J.F. y Numhauser, P. (ed. lit.) *Escrituras silenciadas: paisaje como historiografía*. Madrid: Universidad Alcalá de Henares, pp. 591-605

La Universitat Autònoma de Barcelona lanza la formación gratuita del *software* SUGAR para la gestión arqueológica

La plataforma SUGAR, un *software* libre para la gestión integral de datos arqueológicos, ha sumado un nuevo impulso en febrero de 2026 con el lanzamiento de su formación oficial en línea y presencial. Desarrollado durante más de dos décadas por la Universitat Autònoma de Barcelona con el objetivo de unificar el registro, la gestión y el análisis de datos arqueológicos, la herramienta ha culminado recientemente una reescritura completa de su código fuente para adaptarse a las exigencias tecnológicas actuales. El programa facilita un flujo de trabajo único para abordar yacimientos complejos y garantizar la preservación y reutilización del conocimiento arqueológico.

Xavier Roda Gilabert, Susana Vega Bolívar, Jorge Martínez-Moreno, Rafael Mora Torcal | Dpto. de Prehistòria, Universitat Autònoma de Barcelona

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6150>

El estudio de la prehistoria humana requiere un enfoque integrador que articule datos ambientales, culturales y conductuales a lo largo de amplias escalas espaciales y temporales. En este marco, la estandarización en la gestión de datos arqueológicos continúa siendo un desafío central tanto para el progreso de la investigación como para la preservación del conocimiento y la colaboración interdisciplinaria. En un contexto definido por la rápida expansión de la digitalización y los repositorios abiertos, la arqueología se enfrenta al riesgo de quedar rezagada si no adapta sus metodologías. La adecuada conservación, estructuración y organización de los datos no solo posibilita su interpretación en el presente, sino que asegura su reutilización y la generación de nuevas lecturas en el futuro. A diferencia de otros ámbitos de las ciencias humanas, como la archivística o la geografía, donde existen soluciones consolidadas para la gestión digital, en arqueología persisten prácticas tradicionales basadas en cuadernos de campo y datos de acceso restringido. Esta situación limita la interoperabilidad, dificulta la reutilización y obstaculiza el intercambio entre proyectos y comunidades científicas, evidenciando la necesidad de herramientas específicas estandarizadas.

En este contexto surge SUGAR (*Software* Unificado para la Gestión Arqueológica), una plataforma concebida para optimizar todas las fases del trabajo arqueo-

lógico, desde la excavación hasta el análisis y la gestión integral de los datos. Desarrollado desde 2004 en el Departamento de Prehistòria de la Universitat Autònoma de Barcelona, SUGAR se fundamenta en un diseño modular que integra en un mismo entorno el registro, la gestión y el análisis de la información. Desde 2023, el proyecto ha contado con el apoyo del programa Industria del Conocimiento de la Generalitat de Catalunya, lo que ha permitido una reescritura completa del código fuente para adaptarlo a exigencias tecnológicas actuales (C#, .NET) y su compatibilidad con bases de datos consolidadas como MySQL, PostgreSQL o Microsoft Access. Esta actualización garantiza una solución escalable, sostenible y adaptable a diversos contextos operativos.

El ecosistema propone un marco integral para la gestión e integración de datos arqueológicos, con especial atención al análisis espacial de las ocupaciones humanas. Su principal fortaleza reside en la capacidad de gestionar yacimientos complejos, especialmente aquellos con ocupaciones superpuestas. En estos casos, el sistema permite registrar artefactos con coordenadas tridimensionales de alta precisión, asegurando su correcta contextualización. Todas las herramientas implicadas se integran en un único entorno, favoreciendo la coherencia metodológica.

Un avance significativo en el desarrollo fue la incorporación en 2011 de códigos DataMatrix. Estas pequeñas etiquetas autoadhesivas (2x2 mm) legibles mediante lectores láser sustituyen el siglado manual tradicional y permiten agilizar el inventariado, reduciendo errores humanos y acelerando la construcción de bases de datos.

El flujo de trabajo propuesto por la aplicación integra teodolitos láser para el registro preciso de coordenadas y tabletas digitales para la toma de variables cualitativas de los objetos, junto con el etiquetado sistemático de objetos. Este sistema genera una base de datos relacional que organiza la información espacial, geológica y arqueológica. El proceso se articula en cuatro fases: adquisición de datos, construcción de la base de datos, digitalización e interpretación. De este modo permite integrar dibujos, fotografías y levantamientos topográficos en entornos de Sistemas de Información Geográfica (SIG), así como generar mapas temáticos y modelos tridimensionales que contribuyen al análisis de procesos culturales y tafonómicos.



Elementos implicados en el flujo de trabajo de SUGAR (de izquierda a derecha de arriba abajo): registro de las coordenadas de los restos arqueológicos mediante estación total; recopilación de datos cualitativos de los objetos recuperados mediante tabletas digitales; proceso de siglado mediante códigos DataMatrix (DM); uso de lectores láser para el acceso a los objetos inventariados | fotos CEPAP-UAB

En esta línea se desarrolla Q-SUGAR, un complemento de código abierto para QGIS que permitirá integrar capacidades SIG con nuestra aplicación. Este conector facilitará la importación, análisis y visualización de datos incorporando herramientas de generación automatizada de capas vectoriales, secciones estratigráficas y reconstrucciones en 3D. La herramienta permite un cambio conceptual en el uso de los SIG en arqueología, al pasar de una cartografía descriptiva a un análisis dinámico e interpretativo capaz de abordar la interpretación de las ocupaciones humanas.

SUGAR se presenta como una solución madura (TRL9), lista para su implementación en entornos académicos y profesionales, cuyas características lo convierten en una herramienta útil para investigación y gestión del patrimonio. La plataforma ofrece soporte multilingüe (castellano, catalán, inglés y francés) y se alinea con principios de ciencia abierta, promoviendo transparencia e interoperabilidad. Asimismo, incorpora un catálogo en línea que permite consultar y compartir datos, favoreciendo la conexión entre investigación y difusión. Desde inicios de 2026, el proyecto contempla la dimensión formativa ofreciendo formación en línea y presencial.

Tras dos décadas de desarrollo y validación en contextos de campo y laboratorio, SUGAR ha demostrado su capacidad para gestionar grandes volúmenes de información, superando los 500.000 registros que han sustentado investigaciones sobre yacimientos del prepirineo oriental. El ecosistema se configura como un flujo de trabajo unificado que integra el registro de campo, el análisis espacial y la interpretación arqueológica, poniendo de relieve que la incorporación de herramientas digitales de gestión de datos constituye un recurso esencial para el estudio del comportamiento humano y la cultura material.

El desarrollo del software SUGAR cuenta con el apoyo del programa Indústria del Coneixement financiado por el Departament de Recerca i Universitats de la Generalitat de Catalunya (2025PROD00031 y 2025INNOV00029).

Bodegas de Baltanás (Palencia): monitorización inteligente, escalable y no destructiva de un tesoro cultural remoto

El proyecto europeo ARGUS desarrolla tecnologías avanzadas para la conservación preventiva del patrimonio cultural en riesgo, especialmente en entornos remotos. Para ello, se está implementando en cinco sitios piloto, entre los que se encuentran las bodegas de Baltanás, en Palencia (España). El objetivo del proyecto es identificar problemas antes de que ocurran; para lograrlo, se evalúa el estado de conservación y se predice la respuesta ante distintos riesgos ambientales. Además, ARGUS impulsa el desarrollo de gemelos digitales que permiten mejorar las estrategias de conservación y fomentar la sensibilización social sobre la importancia de proteger el patrimonio cultural.

Fernando Ramonet, Lidia Abad, Margarita González, José Javier Anaya, Javier Ortega, Darío Sánchez y Sofía Aparicio
| Instituto de Tecnologías Físicas y de la Información Leonardo Torres Quevedo (ITEFI), CSIC

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6108>

El número 11 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) se centra en “crear ciudades y asentamientos humanos inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles”. Implica, por tanto, reforzar las iniciativas destinadas a salvaguardar y preservar tanto el patrimonio cultural como el natural a escala mundial. En el ámbito de los bienes culturales, la conservación busca mantener los atributos físicos y culturales de un objeto, garantizando que su valor perdure más allá de nuestras propias vidas.

La necesidad de proteger el patrimonio cultural que plantean los ODS se traduce en acciones concretas a través de iniciativas internacionales que buscan nuevas formas de conservación adaptadas a los desafíos actuales. Entre ellas se encuentra el proyecto ARGUS¹ (Monitorización inteligente, escalable y no destructiva de tesoros culturales remotos), financiado por la Unión Europea, que desarrolla soluciones tecnológicas avanzadas para la monitorización, documentación y protección de sitios patrimoniales en riesgo. Su enfoque combina la conservación preventiva tradicional con herramientas innovadoras capaces de anticipar amenazas y mejorar la gestión del patrimonio, especialmente en entornos remotos o vulnerables.

El proyecto ARGUS aplica tecnología punta de monitorización terrestre y aérea, junto con técnicas de digitaliza-

ción e inteligencia artificial, para la detección temprana de amenazas. Para ello, se han seleccionado cinco sitios piloto ubicados en zonas remotas y con características muy distintas entre sí: la isla de Delos (Grecia), el barrio de bodegas de Baltanás (España), el Monte Lucretilli (Italia), la Abadía de Sant’Antonio di Ranverso (Italia) y el castillo medieval de Schenkenberg (Suiza). Esta diversidad permite validar las tecnologías en contextos variados y obtener soluciones escalables.

En el caso de España, las bodegas de Baltanás, en Palencia, constituyen un ejemplo excepcional de arquitectura subterránea vernácula asociada a la viticultura tradicional. El barrio está formado por 374 bodegas excavadas en un cerro arcilloso y organizadas en seis niveles superpuestos, conformando una compleja red subterránea en uso desde, al menos, mediados del siglo XVI. La referencia documental más antigua data de 1543, cuando se registró la propiedad de estas tierras por parte de D. Pedro de Zúñiga y Enríquez, IV marqués de Aguilafuente (Jové Sandoval y Sáinz Guerra 2016). Además de su singularidad arquitectónica, las bodegas representan un valioso patrimonio inmaterial vinculado a prácticas locales de elaboración del vino y tradiciones sociales. Fueron declaradas bien de interés cultural en 2015 y han sido objeto de diversas iniciativas de documentación y conservación preventiva, incluyendo cam-



Vista aérea de dron del barrio de bodegas de Baltanás | captura Pablo Sanz-Honrado

pañas de digitalización 3D y estudios coordinados por instituciones como la Universidad Politécnica de Madrid, la Universidad de Valladolid y el CSIC.

Dentro del proyecto ARGUS se ha instalado una red inalámbrica de más de 30 sensores en tres bodegas, monitorizando el sitio desde hace aproximadamente tres años. Entre las variables que registran los sensores desplegados se encuentran: temperatura y humedad ambiental, temperatura y humedad interna del terreno, potencial hídrico, flujo de aire, presión atmosférica, conteo de paso de personas y vehículos, vibraciones internas y externas, imagen multiespectral, fibras de Bragg, sensores de gases (SO_2 , CO y NO_2), emisión acústica y medición de movimientos puntuales mediante satélites, GNSS.

En el resto de los sitios piloto se han instalado numerosos sensores, estaciones meteorológicas, piranómetros, luxómetros, medidores de radiación ultravioleta, fisurómetros (*crackmeters*) e inclinómetros (*tiltmeters*), para

estudiar el entorno y el estado de las estructuras. Sin embargo, su ubicación remota y el difícil acceso complican el mantenimiento y pueden provocar pérdidas de conexión. Para evitar estos riesgos, el proyecto incorpora sistemas móviles como drones y robots cuadrúpedos (Abad et ál. 2025; Ramonet et ál. 2026), capaces de llegar a zonas elevadas o espacios confinados sin poner en peligro al personal. Estos dispositivos permiten realizar inspecciones seguras y mantener la continuidad en la recogida de datos.

Con los sensores instalados se ha identificado que las variables más influyentes en los derrumbes parciales que se han producido en las bodegas son la ventilación, la humedad interna de las paredes y el potencial hídrico. Las principales amenazas detectadas son derrumbes, inundaciones y abandono.

El proyecto ARGUS tiene múltiples implicaciones. En primer lugar, mejora el conocimiento y la documenta-

ción del patrimonio cultural, tanto desde una perspectiva histórica como en su estado actual. La información generada permite planificar estrategias de conservación más eficaces. En segundo lugar, el proyecto incorpora un componente de difusión que contribuye a sensibilizar sobre la importancia de preservar estos lugares, destacando que la educación y el respeto hacia el patrimonio son tan esenciales como su protección física. La diversidad de los sitios piloto proporciona un marco adaptable a otros casos, permitiendo que las soluciones desarrolladas sean escalables y transferibles.

La integración de herramientas digitales representa un salto cualitativo en la gestión del patrimonio. Tecnologías como los gemelos digitales y los algoritmos de inteligencia artificial permiten detectar daños y anomalías, generar alertas tempranas y apoyar la toma de decisiones tanto para técnicos especializados como para administraciones. Su capacidad de reentrenamiento facilita su adaptación a nuevos datos y a futuros proyectos. Además, la digitalización exhaustiva de los sitios piloto abre la puerta a nuevas formas de difusión, como experiencias de turismo virtual, especialmente relevantes ante la degradación acelerada causada por el cambio climático y la falta de sensibilización social. Cuando la conservación física no es posible, la documentación digital garantiza la permanencia de la memoria colectiva.



Panorámica de las bodegas de Baltanás | foto Carmen García Fernández

A partir de la digitalización mediante nube de puntos es posible generar un gemelo digital alimentado por sensores y comparar el deterioro a lo largo del tiempo mediante la superposición de distintas nubes de puntos. Se puede entrenar un modelo de detección de anomalías a partir de las series temporales de los sensores, como temperatura, humedad, CO₂, gases traza o deformaciones registradas por fisurómetros e inclinómetros.

En un contexto social que fomenta el individualismo y la desconexión social, nos estamos desvinculando progresivamente de nuestra propia historia. El patrimonio histórico no es solo el conjunto de materiales del pasado, sino también es la conexión con las culturas, los conocimientos y los modos de vida de las civilizaciones anteriores a la nuestra. Por ello, en proyectos de conservación del patrimonio como ARGUS, no solo son relevantes los avances técnicos, sino también es importante la divulgación. Esta diseminación es necesaria para fomentar una cultura de respeto y responsabilidad hacia el patrimonio, porque sin ella incluso los adelantos tecnológicos más avanzados quedarán desconectados de la comunidad para la que han sido desarrollados.

En conclusión, el proyecto ARGUS muestra cómo la innovación tecnológica puede contribuir a reforzar los objetivos del ODS 11 mediante nuevas formas de monitorización, análisis y documentación del patrimonio cultural. La experiencia en los cinco sitios piloto, y especialmente en las bodegas de Baltanás, evidencia que la combinación de sensores, inteligencia artificial y gemelos digitales permite anticipar riesgos, mejorar la toma de decisiones y preservar la memoria de lugares amenazados por el cambio climático y el abandono. El proyecto se configura así como un modelo replicable que contribuye a una conservación más eficaz, sostenible y adaptada a los retos actuales.

NOTAS

1. ARGUS. Non-Destructive, Scalable, Smart Monitoring of Remote Cultural Treasures (Project ID 101132308). European Commission, n.d. Disponible en: <https://cordis.europa.eu/project/id/101132308> [Consulta: 26/05/2026]

BIBLIOGRAFÍA

- Abad, L., Ramonet, F., Ortega, J., Sanz-Honrado, P., Gonzalez, M., Anaya, J.J. y Aparicio, S. (2025) Sensor Calibration in Drone-Based Environmental Monitoring: A Machine Learning Approach. En: *Proceedings of the 2025 IEEE International Conference on Cyber Humanities (IEEE-CH), Florence, Italy, 8-10 September*, pp. 1-6. Disponible en: <https://ieeexplore.ieee.org/document/11279346> [Consulta: 20/03/2026]
- Jové Sandoval, F., Sáinz Guerra, J.L. (2016) *Arquitectura excavada. Las bodegas de Baltanás Bien de Interés Cultural*. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/24133> [Consulta: 20/03/2026]
- Ramonet, F., Abad, L., González, M., Anaya, J.J., Lluch, A., Sanz-Honrado, P., Ortega, J. y Aparicio, S. (2026) Sensor-Driven Preventive Preservation of Underground Heritage: A Case Study of the Wine Cellars of Baltanás. *Heritage*, 9(3), p. 91. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/heritage9030091> [Consulta: 20/04/2026]

INNOPAT: investigar, conservar y activar el patrimonio sevillano desde la innovación y la participación ciudadana

El proyecto INNOPAT, financiado por la Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces (CENTRA), en el marco de su XIII Convocatoria de Proyectos de Investigación 2025, y liderado por el Instituto Andaluz del Patrimonio Histórico (IAPH), impulsa en Sevilla una investigación interdisciplinar aplicada y participativa con un propósito que va más allá de la obtención de datos científicos sobre la transformación de Sevilla tras el descubrimiento de América: busca transferir el conocimiento generado a la sociedad, promover la conservación del patrimonio y garantizar su accesibilidad mediante herramientas digitales innovadoras y estrategias de mediación cultural inclusiva.

Esteban García-Viñas | Dpto. de Laboratorios, Instituto Andaluz del Patrimonio Histórico (IAPH)

Yolanda González-Campos-Baeza | Dpto. de Estudios históricos y arqueológicos, Instituto Andaluz del Patrimonio Histórico (IAPH)

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6123>

Sevilla, centro del comercio atlántico

El punto de partida histórico del proyecto es la transformación de Sevilla tras el descubrimiento de América, cuando la ciudad se consolidó como el principal centro del comercio ultramarino y su población creció de 40.000 a cerca de 150.000 habitantes a finales del siglo XVI. Este momento excepcional de intercambios culturales y comerciales entre Europa y el Nuevo Mundo dejó una huella profunda en el tejido urbano y en la vida cotidiana de sus habitantes, conocimiento que INNOPAT se propone documentar y transferir. Para ello, se han seleccionado dos enclaves que condensan parte de esa historia: el Monasterio de Santa María de las Cuevas y las Reales Atarazanas. El primero funcionará como laboratorio de innovación patrimonial, combinando análisis históricos, arqueológicos y sociológicos, ensayando nuevas formas de conservación preventiva y estrategias de mediación cultural participativa e inclusiva para mostrar el proceso histórico de transformación en el uso de este espacio como monasterio en 1400, posteriormente fábrica de loza y sede institucional (IAPH, Centro Andaluz de Arte Contemporáneo –CAAC– y Universidad Internacional de Andalucía –UNIA–) de la Junta de Andalucía en la actualidad. El segundo, las Reales Atarazanas, levantadas por Alfonso X en 1252 como astilleros medievales, se encuentran actualmente en proceso de rehabilitación y musealización, lo cual permitirá ensayar estrategias

de comunicación y participación ciudadana previas a su apertura definitiva, basadas en la percepción social y la experiencia obtenida en el desarrollo del proyecto.

Confluencia de líneas de investigación

INNOPAT se estructura en torno a cuatro bloques de trabajo interconectados:

1. Investigación histórica y arqueológica como punto de partida para conocer determinados aspectos de la vida cotidiana de la época. Se analizarán tanto la cerámica, los parásitos intestinales o los restos de fauna y botánica. Esto permitirá interpretar cambios ambientales del entorno



Intervención arqueológica en un pozo localizado en una celda de legos el Monasterio de Santa María de las Cuevas | fotos Fondo Gráfico IAPH

y hábitos alimenticios de la época, además de visibilizar la revolución que supuso la introducción de productos americanos como el pavo, la patata, el tomate, el pimiento o el cacao. Asimismo se estudiará la información procedente de fuentes escritas y representaciones pictóricas.

2. Innovación en la conservación preventiva mediante la aplicación de la técnica inSAR (interferometría radar de apertura sintética) al estudio de la integridad estructural de ambos edificios. Esta tecnología permite detectar deformaciones milimétricas en inmuebles históricos desde imágenes satelitales, generando mapas de riesgo integrables en sistemas de información geográfica. Su aplicación en los dos enclaves seleccionados ofrecerá una herramienta de diagnóstico de bajo coste y alta precisión, cuyos resultados quedarán a disposición de las administraciones competentes para orientar posibles intervenciones preventivas, impulsando la conservación proactiva frente a la reactiva.

3. Incorporación de la percepción ciudadana de estos espacios patrimoniales como punto de partida para desarrollar el discurso expositivo. La utilización de metodologías y herramientas habituales en los análisis sociológicos, como la encuesta, la entrevista dirigida, los talleres participativos y los discursos transmitidos en las redes sociales permitirán orientar las estrategias de mediación cultural y medir la eficacia de las acciones del proyecto. Instagram, en particular, se analizará como canal de difusión e influencia, integrando metodologías de Big Data y minería de datos para identificar motivaciones, emociones y tendencias entre quienes visitan estos bienes patrimoniales.

4. Divulgación y transferencia de conocimiento a todos los sectores sociales. Se prevé el diseño de un recorrido accesible apoyado en una aplicación móvil con realidad aumentada, desarrollado en colaboración con entidades especializadas en la integración de personas con diversidad funcional y que pueda ser un punto de partida replicable en otros bienes patrimoniales.

Resultados esperados

INNOPAT quiere proyectar el patrimonio como una construcción social donde la participación ciudadana se con-



Visita al IAPH realizada en el marco del proyecto INNOPAT

vierte en un eje vertebrador y no en un mero añadido. Así, junto a los talleres y los itinerarios piloto, se propone una colaboración con creadores de contenido en Instagram especializados en patrimonio, para impulsar la apropiación de sus valores culturales utilizando el potencial divulgativo de las redes sociales. Los *instagrammers* seleccionados publicarán contenidos en colaboración con el Área de Comunicación del IAPH, cuyo impacto será analizado como parte de la investigación. En esta línea de percepción social, los primeros resultados obtenidos a partir de unos 300 encuestados demuestran la necesidad de desarrollar un programa de difusión de estos enclaves culturales basándonos en el escaso conocimiento de sus valores culturales.

Finalmente, a lo largo del proyecto (2016-27) se espera terminar los análisis arqueológicos, arqueozoológicos, arqueobotánicos y biomoleculares para integrarlos en las acciones de difusión; redactar los informes técnicos inSAR con una propuesta de conservación preventiva; analizar una muestra representativa de encuestas antes y después de la intervención divulgativa; desarrollar una aplicación móvil accesible; alcanzar la participación presencial del mayor número de personas posibles en talleres e itinerarios; y redactar al menos tres publicaciones científicas y dos de divulgación. El conjunto de estos resultados aspira a definir nuevas metodologías de trabajo para la divulgación de nuestro patrimonio cultural donde la investigación y la participación ciudadana sean el eje estructural para la transmisión de su conocimiento.

AVPIOP, cuarenta años de patrimonio industrial vasco

La Asociación Vasca de Patrimonio Industrial y Obra Pública, una de las principales voces en defensa del patrimonio industrial vasco, celebra su 40 aniversario con una exposición y un ciclo de conferencias en Itsasmuseum Bilbao. En un contexto marcado por la presión urbanística y la despoblación, la AVPIOP se enfrenta a retos de distinto orden como el reconocimiento y la valoración social, la escasa protección legal, la transición ecológica o el relevo generacional. Desafíos que afronta con voluntad y determinación de continuidad, reclamando más protección para el patrimonio industrial vasco.

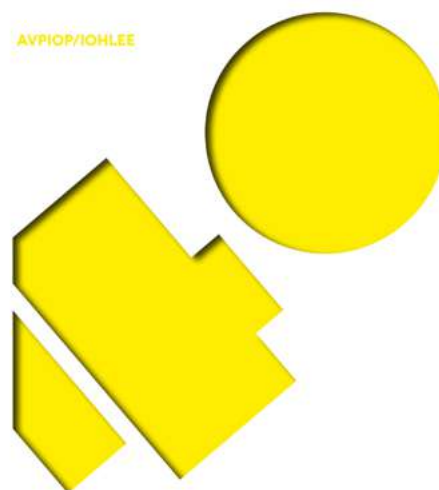
Joaquín Cárcamo Martínez | Asociación Vasca de Patrimonio Industrial y Obra Pública

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6144>

En septiembre de 1981, se celebró en las ciudades francesas de Lyon y Grenoble el cuarto congreso internacional sobre L'étude et la mise en valeur du patrimoine industriel, organizado por el International Committee for the Conservation of the Industrial Heritage, que presidía el norteamericano Theodore Sande. A esa conferencia asistió Teresa Casanovas, técnica y museóloga del Departamento de Cultura del Gobierno Vasco, con la misión de recoger información y establecer relaciones.

De aquel viaje y, del contacto con Eusebi Casanelles, surgió la iniciativa conjunta de los gobiernos vasco y catalán de convocar, en 1982, las I Jornadas sobre la Protección y Revalorización del Patrimonio Industrial, que se celebraron en Barakaldo (Bizkaia) en diciembre de ese año y tendrían su continuidad tres años más tarde en Terrassa (Barcelona). Ese mismo año, el Gobierno Vasco creó el Museo Nacional de la Ciencia y la Técnica de Euskadi, que tendría su sede en Barakaldo y, simultáneamente, nacía la Asociación de Amigos del Museo, de corta vida, que tendría continuidad en 1985 en la Asociación Vasca de Patrimonio Industrial y Obra Pública, AVPIOP, registrada en 1988. Nacida, pues, en el contexto de la profunda transformación socioeconómica de Euskadi en los años ochenta del pasado siglo, la AVPIOP surge desde la sociedad civil como respuesta a la pérdida acelerada de elementos clave del patrimonio industrial, reivindicando su valor cultural, social, identitario y económico.

Desde sus inicios, la Asociación ha mantenido una concepción amplia e integral del patrimonio industrial y de la



ARTES, SABERES, Y SU TIEMPO EN EL MUSEO INDUSTRIAL DE BILBAO
ARS EX INDUSTRIA
 EL ARTE COMO ESPEJO DE LA CULTURA Y EL PATRIMONIO INDUSTRIAL VASCO

obra pública, atendiendo al patrimonio mueble e inmueble (las máquinas o los puentes que se achatarraban y las fábricas que se abandonaban), pero extendiendo la mirada también a los paisajes originados por la actividad minera e industrial, las infraestructuras, los saberes técnicos o la memoria del trabajo.

A lo largo de estas cuatro décadas ha desarrollado una intensa labor guiada por sus objetivos estatutarios fundacionales, entre otros: investigar, inventariar y catalogar el patrimonio industrial y la obra pública, potenciar su conservación, sensibilizar a la opinión pública y a la ciudadanía en general o promover el desarrollo sostenible.

Lo hizo, también, en un contexto complejo en el que la reconversión industrial era un objetivo prioritario y el proyecto del museo Guggenheim Bilbao ocupaba la agenda cultural vasca.

En estos cuarenta años el panorama ha cambiado sustancialmente. Hemos asistido a la creación de numerosos museos ligados a la industria y a la tecnología en todo el territorio de Euskadi, se han realizado inventarios valorados, han salido al mercado muchas publicaciones, se ha conseguido proteger legalmente numerosos elementos del patrimonio industrial vasco y la especificidad del patrimonio industrial se recoge en la Ley 6/2019, de 9 de mayo, de Patrimonio Cultural Vasco. Pero también se han perdido muchos elementos patrimoniales, fruto de la desidia o de la falta de sensibilidad de los agentes sociales e instituciones.

La AVPIOP ha estado detrás de muchos de estos proyectos, colaborando en su realización, unas veces, y otras con actividades reivindicativas y de denuncia, pero siempre con una actitud constructiva, dirigida a sumar fuerzas en la consecución de su fin básico: promover la protección y revalorización del patrimonio industrial como manifestación imprescindible de la cultura y la memoria colectiva.

Algunos logros de estas de estas cuatro décadas son: la realización, en 1990, del primer inventario de patrimonio industrial del País Vasco por encargo del Gobierno y la publicación del compendio *Patrimonio Industrial en el País Vasco-Euskadiko industria ondarea* en 2012; o la protección de la fábrica de boinas (hoy museo) La Encartada en Balmaseda o de la Curtiduría de Forua, ambas con la maquinaria. La protección y seguimiento del Horno Alto n.º 1 de AHV en Sestao, cuya apertura al público es inminente tras la finalización de su restauración por el Instituto de Patrimonio Cultural de España. La protección de la Draga Jaizkibel en Pasaia, los astilleros de La Naval en Sestao, la Azucarera de Vitoria, Harino Panadera y Molinos Vascos en Bilbao y la preservación de los diques secos del astillero Euskalduna en Bilbao, la estación del Norte-Abando en Bilbao o del primer puente de hierro español, el de Udondo en Leioa, así como los archivos de Aurrerá, AHV o Euskalduna.



Draga Jaizkibel en Pasaia (Gipuzkoa, 2021) que tras su restauración en 2012 precisa mantenimiento | foto Joaquín Cárcamo



Estación histórica del Norte de San Sebastián, durante la demolición (2023) | foto Ancora



Horno Alto n.º 1 de AHV en Sestao (Bizkaia, 2024), tras la actuación de urbanización y accesibilidad (Garitano Arquitectos) y antes del comienzo de la última fase de restauración por el IPCE | foto José Manuel Cutillas

Ciertamente, también se han sufrido decepciones. Es inevitable citar las demoliciones de la factoría Babcock & Wilcox en Trapagaran, de la Fábrica de Gas y la Estación del Norte en San Sebastián o de varias de las fábricas que se había decidido preservar en la nueva isla de Zorrotzaurre en Bilbao.

AVPIOP ha apoyado iniciativas surgidas tanto de la sociedad civil como de las instituciones, por ejemplo los museos de la Minería de Gallarta y del Ferrocarril de Azpeitia o las emprendidas por Lenbur Fundazioa en Legazpi. Y, con respecto al patrimonio mueble, el Museo de la Técnica de Euskadi ha acabado tomando forma legal de Colección del Gobierno Vasco en el mismo lugar en que se pensó en 1982, las naves de la Orconera Iron Ore en Lutxana (Barakaldo), hoy complementadas con la bella intervención del estudio navarro de Garitano Arquitectura. Pese a ello, la Asociación no desiste de verlo algún día convertido en museo.

También ha participado en las iniciativas de asociación surgidas en el Estado, hoy consolidadas en TICCIH España. Habría que mencionar aquí que la tercera reunión de expertos, tras las ya mencionadas de Barakaldo y Terrassa, tuvo lugar en Sevilla en 1990, impulsada por Juan Carlos Jiménez Barrientos y auspiciada por la Junta de Andalucía.

Por otra parte, el aniversario de nuestra asociación, siendo un motivo para la celebración es, también, una afirmación de continuidad. Y seguir implica mirar hacia adelante para reconocer los desafíos actuales y futuros.

Permanece el reto del reconocimiento y la valoración social. Aún hoy, parte de la ciudadanía y de los medios de comunicación siguen percibiendo este patrimonio como “ruinas industriales” sin valor. Y uno de los principales problemas es la presión urbanística, incluso en los centros urbanos consolidados. Muchas antiguas fábricas, estaciones o infraestructuras ocupan hoy suelos muy codiciados, especialmente en áreas metropolitanas. El reto consiste en encontrar un equilibrio entre desarrollo urbano y conservación, y en lograr la colaboración público-privada. Por otro lado, la despoblación rural constituye una nueva amenaza.

La transición ecológica plantea también interrogantes relevantes. Por un lado, el patrimonio industrial puede verse como símbolo de un pasado contaminante; por otro, su conservación evita el consumo de nuevos recursos y puede integrarse en estrategias sostenibles. En ocasiones, en la evaluación del patrimonio, la mirada natural prevalece o ignora la cultural, poniendo en riesgo presas, azudes, molinos, centrales hidráulicas, puentes o instalaciones costeras valiosas.

El turismo, que puede ser ocasionalmente la tabla de salvación de elementos singulares como fábricas aisladas, puentes, túneles, muelles o cargaderos de mineral (vías verdes, carreteras históricas...), puede conllevar riesgos si se aborda como un fin en sí mismo, dejando de lado los valores culturales.

Cientos de máquinas (miles en toda España) permanecen en la calle despojadas de identidad, expuestas a la intemperie, la oxidación y el expolio, por falta de criterio o ausencia de museos o instituciones apropiadas.

La ralentización de las protecciones legales, las intervenciones irrespetuosas o la ausencia de excavaciones arqueológicas son otros retos.

Y, mirando hacia dentro de la Asociación, no se puede obviar que un desafío importante es el relevo generacional.

AVPIOP ha conmemorado su 40 aniversario con la exposición *ARS EX INDUSTRIA* comisariada por Alberto Salcedo y un ciclo de conferencias celebradas durante 2025 y 2026 en Itsasmuseum Bilbao.

Saberes y prácticas patrimoniales en y para la salud. Una mirada a la interrelación entre patrimonio cultural y salud

Carmen Guerrero Quintero | Dpto. de Publicaciones, Instituto Andaluz del Patrimonio Histórico

Carmen Mozo González | Dpto. de Antropología Social, Universidad de Sevilla

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6164>

Cuando asumimos el reto de planificar un número monográfico de *revista PH* que interrelacionara patrimonio cultural y salud, partimos de una serie de premisas que sentaron las bases de un proceso de reflexión que desembocó tanto en la selección de los contenidos y de las personas autoras que conforman el número como en la delimitación del enfoque adoptado, que hemos querido reflejar en el título finalmente elegido: Saberes y prácticas patrimoniales en y para la salud.

Abordamos la relación entre patrimonio y salud desde la premisa de que el acervo cultural de los pueblos constituye un elemento esencial para la preservación y el fortalecimiento de la salud, tanto individual como colectiva. Parafraseando a Gondar (2013, 40), dicho acervo actuaría como una suerte de “medicina desmedicalizada”¹. Esto significa que la salud se sustenta en un conjunto de conocimientos y prácticas culturales que es necesario cuidar, salvaguardar y, en su caso, patrimonializar porque “El patrimonio cultural inmaterial es un patrimonio para la vida” (Carrera Díaz 2021, 40). Y qué más necesario para la vida que la salud y el bienestar. Así, reconocemos a la cultura en general, y al patrimonio cultural en particular, como recursos vivos capaces de fortalecer y mejorar la existencia.

Desde esta premisa, es necesario indicar que los textos incluidos en este monográfico emplean el término patrimonio en dos sentidos: el relativo a los elementos compartidos que forman parte del legado cultural de los pueblos, incidiendo en su importancia y valor; y el relativo a los procesos de reconocimiento, legitimación y puesta en valor de determinados saberes y prácticas culturales, apuntando la dimensión conflictual inherente a los procesos de patrimonialización. Se trata de un monográfico en el que, si bien predomina el abordaje antropológico, cuenta con la participación de otras disciplinas como la medicina o la botánica.

Partimos de una concepción holística de la salud que incide en el concepto de salud integral, que contempla en los procesos terapéuticos la existencia de varias dimensiones del ser humano que están, además, interconectadas:

1

Por la misma razón, no se nos escapa que, de diversas formas, también puede incidir de manera negativa en la salud como por ejemplo cuando reproduce desigualdades y formas de exclusión social.



Aminata Camara, partera del Centro de Salud Comunitario de Ross Road en Freetown, Sierra Leona (2015) | foto Banco Mundial (Dominic Chavez)

física, mental, social, emocional y espiritual. Dimensiones que deben tenerse en cuenta al abordar la prevención en salud y el tratamiento de las enfermedades, así como al considerar los factores determinantes de la salud. Desde esta perspectiva, la salud se vincula directamente con los conceptos de calidad de vida y bienestar.

En este sentido, en los últimos años, desde el ámbito patrimonial organismos internacionales como el Centro Internacional de Estudios para la Conservación y la Restauración de los Bienes Culturales (ICCROM) reconocen que la salvaguarda del patrimonio cultural no debe limitarse a la preservación de los bienes materiales, relacionándola directamente con la promoción del desarrollo sostenible y el bienestar de las personas, entendiendo como bienestar “la creación de un entorno propicio que pueda apoyar íntegramente sus necesidades físicas, mentales, emocionales, sociales, culturales, espirituales y económicas” (Heritage, Tissot y Banerjee 2019), y conectando con el sentido de salud integral y holística comentado. La Unesco, por su parte, utiliza el concepto “patrimonio vivo”, desarrollado en la Convención de 2003 para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial, vinculándolo expresamente con la noción de “sostenibilidad” de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y afirmando que el patrimonio cultural inmaterial es una fuente de resiliencia comunitaria, que puede impulsar el desarrollo sostenible de muchas y diversas maneras. Entre ellas, señala a “los sistemas de curación heredados, las actividades físicas tradicionales, como los deportes y los juegos, y los actos festivos” como elementos que “fortalecen la salud y el bienestar de los miembros de la comunidad de todas las edades” (UNESCO 2026).



La salud es considerada por la OMS como la conjunción del estado de bienestar físico, psíquico y social | foto hayriyenur



Prevención de la salud mental en la escuela a través del arte. Iniciativa de mediación social y cultural que promueve el bienestar emocional del alumnado mediante la práctica artística | foto Fundación Bancaja

Desde el ámbito de la salud, a finales de 2019, la Health Evidence Network de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicaba un informe dirigido a los gobiernos de la región europea que ponía de manifiesto el rol de las artes y la cultura en el bienestar, recomendando la participación de la población en actividades artísticas y culturales para la mejora de la salud física y mental (OMS 2019). En 2023 hace público otro informe que resume las actas de una reunión de personas expertas celebrada en 2022 en Budapest (Hungría), de nuevo centrada en el valor del arte y la cultura para la salud, y en las iniciativas en torno a la prevención y control de enfermedades no transmisibles (ENT), como la salud mental, los trastornos relacionados con la edad y las enfermedades crónicas (OMS 2023).

Así, el volumen se inicia con un artículo que expone y propone un modelo holístico de salud y cuidados. María Fuentes, con un texto que es también vivencial y que se centra en la cultura andaluza, comparte su perspectiva y conocimiento en la materia fruto de su larga experiencia como médica, partera y educadora de salud. El texto recoge la labor terapéutica con grupos de crianza, para la salud materno-infantil, y de mujeres, de una médica pionera en Andalucía en ofrecer herramientas para la prevención y autogestión de la salud individual y comunitaria a partir del conocimiento y la información sobre sus determinantes, y fomentando la participación activa de la población.

Como ejemplos ilustrativos de esta visión holística, en la sección Proyectos y experiencias, seleccionamos varias iniciativas que apuestan por los beneficios de conectar la cultura y el patrimonio cultural con la salud. Conviene señalar que esta conexión cuenta ya con una trayectoria afianzada, pues

2

Los programas de colaboración entre museos y centros de salud tienen trayectoria en la ayuda a la recuperación de la enfermedad mental. En 2022, el Ayuntamiento de Bruselas ponía en marcha un proyecto piloto sobre las mismas bases que *Recepta Cultura*: por prescripción médica, las personas podían visitar museos de forma gratuita durante seis meses para tratar el estrés, la depresión o el agotamiento (EFE 2022). En Andalucía, conocemos el programa *Arte y Salud Mental*, del Servicio Andaluz de Salud, que ofrece seminarios-taller para personas con trastorno mental grave. En estos proyectos el Servicio Andaluz de Salud cuenta con la participación de diferentes instituciones, asociaciones de familiares y personas con problemas de salud mental, museos, entidades culturales y voluntarios. En Sevilla, participan en el programa *Asaenes* y el CAAC (Centro Andaluz de Arte Contemporáneo).

3

El interés de la academia por el *Buen Vivir* como objeto de estudio comenzó a partir de la inclusión de este término en las constituciones de Bolivia y Ecuador, convirtiéndose en un referente cuando se habla de alternativas a la noción de desarrollo. El *Buen Vivir* o el *Vivir Bien* es la traducción de las palabras indígenas *Sumak Kawsay* (en quechua de Ecuador) o *Suma Qamaña* (en aymara de Bolivia) y es una reivindicación y propuesta de los pueblos indígenas de Suramérica que plantea la posibilidad de vivir de una manera armónica con la naturaleza, entre las personas y llevando una vida en comunidad. Sin embargo, se ha cuestionado su correcta traducción y existen posicionamientos que no los consideran sinónimos, sino una neocolonización epistémica. Desde esta perspectiva, se diferencian los principios y elementos del *Sumak Kawsay*, vinculados al pensamiento indígena andino, del marco de referencia postdesarrollista occidental que ha configurado el *Buen Vivir* como una versión sudamericana del decrecimiento surgido en Europa que se plantea una búsqueda de alternativas a los modelos capitalistas de desarrollo, e integra no sólo parte del pensamiento indígena, sino también diversos enfoques ecologistas, comunitaristas, feministas y decoloniales (Cuestas-Caza 2017).

desde hace décadas, existen proyectos en los museos orientados a mejorar la salud de las personas. Recordamos que, en 2006, el número 58 de *revista PH* publicó la experiencia del Museo Etnológico en Ribadavia con su proyecto *Lembrar no Museo. Obradoiro de Reminiscencia*, centrado en el valor terapéutico de los fondos del museo ligados a la memoria colectiva para enfermos de Alzheimer. Veinte años después, este número presenta la iniciativa *Salud y Bienestar de L'ETNO* (Museu Valencià d'Etnologia), con programas como *Recepta Cultura: del Centre de Salut al Museu* basado en visitas guiadas dirigidas a personas identificadas en las consultas de atención primaria de los centros de salud que presentan soledad no deseada y/o actividad física². Programa que es un ejemplo significativo de colaboración entre los sistemas sanitarios y las instituciones culturales. También contamos con el trabajo de la Red Museística Provincial de Lugo inspirado en la consideración de los museos como facilitadores de “bienestar comunitario mediante experiencias positivas vinculadas al patrimonio”. La Red, afirman las autoras de esta contribución, “desarrolla políticas públicas desde la perspectiva de derechos culturales que articulan patrimonio, comunidad y bienestar bajo el concepto latinoamericano del *Buen Vivir*”³. Además, de la mano de Juan Alberto García de Cubas, presidente y director de la Fundación Cultura en Vena, conocemos las actividades de esta organización, que “nace con el objetivo de mejorar la vida de las personas acercando cultura a entornos sanitarios y regiones en riesgo de despoblación, y promoviendo investigación sobre sus efectos en la salud y el bienestar”. De la misma manera, el presidente y fundador de *Músicos por la Salud*, Guillermo Giner, junto a Enrique Meseguer, nos describe el proyecto *Música para recordar, cantar y curar*, desarrollado en 2024 en residencias de la tercera edad y que, a través de la recuperación de canciones, pretende evocar recuerdos musicales en personas mayores con enfermedades de deterioro cognitivo. La fundación *Músicos por la Salud*. Patrimonio musical y salud ha cumplido más de una década de existencia, confirmando que el reconocimiento de la relevancia de la cultura para el bienestar y salud de las personas no es reciente ni excepcional, sino una que constituye una línea de trabajo afianzada.

Otro eje vertebrador de este monográfico es su interés por la acumulación de saberes y prácticas culturales desarrolladas por las distintas sociedades para el mantenimiento y la recuperación de la salud, conformando un acervo cultural que es necesario poner en valor, preservar y proteger, al tiempo que invita a reflexionar sobre la pertinencia de su patrimonialización y sobre los posibles riesgos, tensiones y contradicciones que dicho proceso puede conllevar. En este sentido, el volumen presta especial atención a las llamadas *medicinas tradicionales y populares* entendidas como sistemas culturales de creencias y prácticas, situando en el centro del debate la confrontación y las interacciones entre distintos modelos epistemológicos de producción de conocimiento en torno a la salud, entre los que la biomedicina ocupa un papel hegemónico. La tensión se hace evidente en el propio uso del con-



cepto de medicina tradicional, empleado para designar prácticas y terapias orientadas al cuidado de la salud al margen del sistema biomédico y no siempre legitimadas por el método científico. Y aunque organismos como la Organización Mundial de la Salud vienen impulsando desde hace más de una década estrategias de apoyo y reconocimiento de la medicina tradicional, subrayando su larga trayectoria histórica⁴, hasta fechas recientes, la propia definición ofrecida por la OMS describía la medicina tradicional como “la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales” (OMS 2013, 15), evidenciando así su adscripción a culturas “otras” con un doble efecto implícito de exotización de la alteridad e invisibilización de las medicinas populares occidentales. Sin embargo, a finales de 2025, probablemente como respuesta a la recién aprobada Estrategia Global de Medicina Tradicional⁵, la definición de medicina tradicional fue actualizada de la siguiente manera: “sistemas codificados o no codificados para la atención de la salud y el bienestar, que comprenden prácticas, competencias, conocimientos y filosofías cuyo origen se halla en contextos históricos y culturales diferentes, que son distintos de la biomedicina y anteriores a esta, y que, con un origen que se basa en la experiencia, evolucionan con la ciencia para utilizarlos en la actualidad. La medicina tradicional hace hincapié en remedios basados en la naturaleza y en enfoques holísticos y personalizados para restablecer el equilibrio de la mente, el cuerpo y el entorno” (OMS 2025, 1).

Consideramos relevante que esta nueva definición adopte una perspectiva más inclusiva y plural, en consonancia con la diversidad de formas de atención y cuidado existentes. Que emplee un lenguaje que contribuye a legitimar estos saberes, reconociéndolos como sistemas de conocimiento diferenciados y anteriores a la biomedicina. Y que, del mismo modo, incor-

Curandera tradicional se prepara para aplicar una limpia durante el festival cultural Cumbre Tajín (municipio de Papantla de Olarte, Veracruz, México) en 2017 | foto Chemi Romero

Evaristo, médico tradicional de Cosoleacaque (Veracruz, México) selecciona las plantas para la preparación de medicina | foto Claudio García Martínez

4

Nos referimos a la Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023, prorrogada hasta 2025. En mayo de 2025 se aprobaba la Estrategia Global de Medicina Tradicional de la OMS 2025-2034.

5

Ver en la sección Actualidad en este número la contribución sobre la creación de la Biblioteca de Medicina Tradicional en 2025 en relación con la publicación de la Estrategia Global de Medicina Tradicional 2025-2034 de la OMS.

6

Cabe destacar la labor en este sentido de la Universidad de Granada y su Museo de la Salud (MUSAL) que fue premiado por la Real Academia de Medicina de España con el Premio Información, Comunicación y Difusión de la Salud en su edición de 2022 e incluido en el monográfico de la revista *PH* sobre Patrimonio y universidad. Esta misma Universidad ha recuperado, restaurado y expuesto modelos anatómicos de las facultades de medicina del siglo XIX.

7

La red se ha constituido como una iniciativa colaborativa e interdisciplinaria en la que profesionales de la historia del arte, de la arquitectura, de la museología, de la restauración, de la historia de la medicina, de la enfermería, de la cultura, de la arqueología y de la archivística trabajan conjuntamente en el estudio, la difusión y la valorización del legado cultural en la salud y la asistencia sanitaria, en sus diversas manifestaciones materiales e inmateriales (en la sección Actualidad de este mismo número incluimos una contribución sobre esta red).

pore explícitamente la dimensión holística que caracteriza a muchas de estas prácticas terapéuticas.

Somos conscientes de que este enfoque ha dejado fuera un amplio conjunto de elementos pertenecientes al sistema cultural de conocimiento biomédico relacionados con la historia de la salud y de la medicina. Es el caso, por ejemplo, del denominado patrimonio cultural hospitalario que incluye tanto la arquitectura, cuyos edificios “no solo son estructuras arquitectónicas, sino que representan la evolución del pensamiento médico, las prácticas de salud y la relación entre la medicina y la sociedad” (Rubio Cancela 2024, 4), como los objetos y utensilios médicos, junto con los saberes, prácticas y usos asociados a ellos. Muchos recogidos y catalogados en museos y exposiciones⁶, o representados en proyectos internacionales para el fomento de la investigación en torno a la historia de la medicina como la Red Iberoamericana de Investigación en Patrimonio Cultural e Historia de la Salud y la Asistencia⁷. Quizás esto podría ser objeto de otro número monográfico de la revista, Y, qué duda cabe, también otras muchas cuestiones, pues el legado y el patrimonio cultural vinculados a la salud constituye un ámbito amplio, complejo y poliédrico.

Como hemos señalado, nos interesa reflexionar en este volumen sobre las estrategias y procesos de patrimonialización existentes hasta la fecha en el ámbito de la salud y el bienestar, lideradas por instituciones como la Unesco a través de sus principales instrumentos de implementación de su política patrimonial: las inscripciones en las listas de patrimonio cultural, en este caso inmaterial. Con este objetivo, incluimos el artículo de Javier Hernández y Carmen Mozo, que analiza, desde una perspectiva antropo-

El yoga fue inscrito en 2016 en la Lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad, basándose en la filosofía subyacente a esta antigua práctica | foto Matt Madd



lógica, la visión que sobre la salud tiene la Unesco y cómo influye en su política patrimonial para la conservación de las prácticas-saberes relacionados; el texto recurre al examen sistemático de los bienes inscritos en las tres listas del PCI de la Unesco y comparte los resultados con un análisis crítico que, si bien valora la visión holística, transversal y no clínica de la salud y el bienestar que posee la institución, revela también sesgos y aspectos que pueden ser contradictorios. Esta aportación se complementa con la colaboración de la también antropóloga Isabella Riccó que vuelve a plantear aspectos clave de los avances y limitaciones de la política patrimonial de la Unesco sobre la salud y los cuidados; interesante es su análisis sobre la delimitación terminológica de los tipos de prácticas (de lo popular a lo complementario) y cómo la elección de unos y otros términos está relacionada con los modos de construir la alteridad respecto de una posición “centrada” y “occidental” de la Unesco. Riccó reflexiona sobre el tránsito del “modelo clásico de la medicina popular” a las medicinas alternativas y complementarias y el holismo, proceso en absoluto ajeno al impacto de la mercantilización, tanto de remedios farmacéuticos como de este tipo de terapias, salpicando también a las psicoterapias. Perspectiva que conecta con el artículo de Josep M. Comelles, médico y antropólogo, sobre *folkmedicina*, quien se plantea qué ocurre con los modos sociales instituidos en las sociedades contemporáneas como consecuencia de la omnipresencia social y mediática de la industria farmacéutica y la hipermedicalización. Y es que, con este número, además de poner en valor los saberes y prácticas procedentes de sistemas de conocimiento vernáculos, hemos pretendido abordarlos de forma diacrónica, para analizar sus usos y su vigencia en la actualidad, así como los procesos de reformulación reciente que han experimentado, evitando su reducción a visiones esencialistas e idealizadas.

En relación con los procesos de patrimonialización existentes en este campo, también nos preguntamos qué patrimonializamos, por qué, cómo, con qué límites, y con qué consecuencias. Consideraciones que creemos pueden formar parte de los retos pendientes en la gestión cultural en el ámbito de la salud, y en los propios sistemas públicos de salud, de las diferentes administraciones⁸. Estas cuestiones han sido el eje de las líneas de reflexión planteadas explícitamente en la sección Debate de este número, coordinado por Gema Carrera Díaz, jefa del Centro de Documentación y Estudios del IAPH, pero también están presentes en las secciones Artículos y Proyectos y experiencias. En la primera, con la exposición de dos estudios de caso concretos: por un lado, la musealización de la figura de las “trementinaires”, mujeres campesinas del Pirineo catalán, de entre los siglos XIX y XX, dedicadas a la venta ambulante de remedios naturales y otros productos de origen silvestre, que analiza el antropólogo Joan Frigolé. El texto señala los peligros de homogeneización y esencialización que pueden poner en marcha estos procesos y nos permite hacer reflexiones sobre categorías tales como “naturaleza” o “autenticidad” entre otras. En concreto, nos recuerda el componente de clase



“La cultura del bienestar relacionada con el jamu”, inscrita en 2023 en la Lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad | foto aa

8

En otras zonas geográficas, sobre todo en América Latina, por diversas razones históricas, sociopolíticas y epidemiológicas, el reconocimiento de las medicinas vernáculos está más incorporado a las políticas culturales de salud pública, al igual que han tenido más desarrollo las políticas de salud intercultural.



El chamán Wilson muestra las plantas que se utilizan para preparar un “pusanga”, perfume o filtro amoroso tradicional originario de la Amazonía sudamericana | foto Howard G Charing

y la dificultad y penuria que tenía la actividad de las “trementinares” que hoy se invisibiliza bajo las categorías de “sanación” y “sabiduría ancestral”. Por otro lado, el ejemplo del espacio termal Burgas de Canedo, en el municipio de Ourense, patrimonializado en 2007 y polémico referente del fracaso de una declaración patrimonial sobre un espacio que se encuentra actualmente en desuso debido a las dinámicas mercantilistas relacionadas con el turismo, tal y como analiza la antropóloga Fátima Brañas Rey, autora de este artículo.

En la sección Proyectos y experiencias, contamos con trabajos de documentación de la medicina tradicional, concretamente con dos iniciativas de elaboración de inventarios de plantas medicinales. Una llevada a cabo con el apoyo del Ministerio de Cultura Saharaui sobre medicina verde saharauí, como parte de una investigación más amplia titulada Cuéntame Abuelo, basada en entrevistas realizadas a personas ancianas del pueblo saharauí. Este trabajo nos llega de la mano del sociólogo Mohamed Ali Leman. Desde Cuba, incorporamos la experiencia de inventario de plantas medicinales de Quiviján. Se trata de una iniciativa local que muestra un ejemplo concreto de trabajo interinstitucional articulado entre salud, cultura, patrimonio y comunidad, que además fue validado por un equipo de personas expertas del Ministerio de Salud Pública de Cuba y donde las oficinas de OPS/OMS y la Unesco actuaron como entidades asesoras técnicas. Es la consultora para la promoción de la salud adscrita a la Oficina de la OPS/OMS en Cuba, Roxana González López, quien nos lo presenta.

Otro ejemplo paradigmático de recuperación del conocimiento en torno a las plantas medicinales es la propuesta museológica que nos comparte Guzmán



Recolectando caléndula, reconocida por sus poderosos efectos antiinflamatorios, cicatrizantes, antisépticos y calmantes | foto Claus Isenberg

Marrerro, yerbero y técnico del Centro de Plantas Medicinales de Tejeda, en Gran Canaria. El autor nos explica el origen y objetivos del centro que define como laboratorio vivo de educación ambiental, investigación y divulgación científica.

En la sección Artículos también contamos con la experiencia investigadora en etnobotánica y fitoterapia de Guillermo Benítez y M.^a Reyes González-Tejero centrada en Andalucía. Adscritos al Departamento de Botánica de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada, abordan en su artículo el uso de plantas asociado a la medicina tradicional y su aplicación en la farmacología moderna, y reflexionan sobre la posibilidad de incluir de forma segura esta fitoterapia en los sistemas de atención médica.

Este mismo apartado incluye un artículo de Jesús Contreras, experto en Antropología de la alimentación, en el que pone a dialogar la salud con la alimentación y el patrimonio cultural, a través de un trabajo sobre el refranero español en sus alusiones a estas dos dimensiones. El autor contrapone los conocimientos populares del refranero vinculados a la alimentación y al acto de comer, entendido como un hecho cultural y social complejo, a los modelos contemporáneos de la nutrición y la dietética, caracterizados por un lenguaje bioquímico especializado y por la descontextualización cultural de la práctica alimentaria.

Por último, no queremos dejar de mencionar que, en un número monográfico que tiene como propósito poner en valor los conocimientos y saberes vernáculos en y para la salud, no podemos obviar el papel relevante de las muje-



Una mujer disfruta de una comida en el mercado Cho Hom de Hanói | foto UN Women Asia and the Pacific



Severina Maria Xavier (Biró) | foto Museu da Parteira (Eduardo Queiroga)



Una de las mujeres que participaron en el proyecto documental *Curanderas Canarias, Tradiciones de Sanación* | foto Beatriz Chinaea

res, responsables históricamente de la atención y de los cuidados de los grupos domésticos y de la comunidad, y depositarias en muchos casos de un amplio acervo cultural fundamentado en conocimientos relacionados con su entorno natural, transmitidos generalmente de forma oral de generación en generación. Además del artículo ya mencionado sobre “trementinares”, hemos seleccionado la experiencia de la cineasta canaria Beatriz Chinaea y su documental *Curanderas Canarias, Tradiciones de Sanación* (2024), fruto de una investigación realizada durante tres años. Es la propia directora del documental quien explica que el impulso para llevar a cabo este proyecto no respondía únicamente a un propósito de registro, sino también a la necesidad de visibilizar, difundir y poner en valor la historia de estas mujeres dotadas del don de curar o aliviar dolencias. Una “cultura de la curandería”, protagonizada fundamentalmente por mujeres, que continúa vigente en Canarias, pese al descrédito al que históricamente ha sido sometida. Y ello a pesar de que fueron las mujeres las que, durante siglos, desempeñaron un papel decisivo en la historia de la medicina, como custodias clave del conocimiento botánico, articulando saberes tradicionales, medicinales y científicos orientados a la curación de las enfermedades y al mantenimiento de la salud. La desvalorización y deslegitimación de este conocimiento conecta con la violencia ejercida sobre ellas en algunos periodos históricos como el de la llamada “Caza de brujas” (Ehrenreich y English 1988) que, para pensadoras como Silvia Federici, constituyó un mecanismo sistemático de sometimiento y subordinación de las mujeres que reestructuró las relaciones familiares y reproductivas en estrecha vinculación con el surgimiento del capitalismo y la consolidación del Estado moderno y patriarcal (Federici 2004).

No podíamos dejar de incluir en la sección Proyectos, en relación con este papel protagonista de las mujeres en los conocimientos en torno a salud, el caso de la reciente inscripción de la partería en la Lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad por la Unesco (diciembre de 2023). Hemos invitado a Juliana Alvés, enfermera e historiadora, además de educadora perinatal y creadora de la asociación *Casa Mater*, para que analizara los pormenores de esta declaración que, como afirma la autora, constituye un hito en la política patrimonial por su importancia en el reconocimiento y la legitimidad de una práctica ancestral, y porque además introduce un marco interpretativo que vincula patrimonio cultural inmaterial, comunidad, derechos humanos y perspectiva de género.

Esperamos que las líneas de reflexión planteadas en este número sean la semilla de una investigación más amplia en este campo. Conscientes de las limitaciones, ausencias y carencias de las que puede adolecer, confiamos en que sea una puerta hacia nuevos estudios que continúen favoreciendo la reflexión, el análisis y, en su caso, la intervención en este ámbito.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, A.M., Vidal, A.H. y Neira Rozas, J. (2003) Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, vol. 131, n.º 9. Disponible: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014> [Consulta: 01/04/2026]
- Carrera Díaz G. (2021) Una antropología patrimonial de las ausencias: ¿salvaguardar el patrimonio inmaterial como acuerdo social a partir del “diálogo de saberes”? *Revista Andaluza de Antropología*, n.º 20, pp. 37-62. Disponible en: <https://revistascientificas.us.es/index.php/RAA/article/view/16956> [Consulta: 28/05/2026]
- Cuestas-Caza, J. (2017) Sumak kawsay: el buen vivir antes de ser buen vivir. En: Delgado Cabeza, M. y Lara Galicia, A. (ed.) *Congreso El Extractivismo en América Latina: Dimensiones Económicas, Sociales, Políticas y Culturales*. Sevilla: Universidad de Sevilla, pp. 356-368. Disponible en: <https://idus.us.es/items/29c57935-a558-4fb1-bbe0-167b0f56b000> [Consulta: 31/03/2026]
- EFE (2022) Bruselas prescribe visitas a museos y exposiciones en apoyo a la salud mental. *Swissinfo*, 13 de septiembre de 2022. Disponible en: <https://www.swissinfo.ch/spa/bruselas-prescribe-visitas-a-museos-y-exposiciones-en-apoyo-a-la-salud-mental/47897740> [Consulta: 10/04/2025]
- Ehrenreich, B. y English, D. (1988) *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras*. Barcelona: Editorial La Sal
- Federici, S. (2004) *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños
- Gondar, M. (2013) El factor cultural como herramienta terapéutica. A vueltas con el modelo biomédico en la atención sanitaria. *Revista Andaluza de Antropología*, n.º 28, pp. 12-34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12795/RAA.2013.i05.02> [Consulta: 28/05/2026]
- Heritage, A., Tissot, A. y Banerjee, B. (2019) *Patrimonio y bienestar: ¿qué constituye una buena vida?* ICCROM, Centro Internacional de Estudios para la Conservación y la Restauración de los Bienes Culturales, 21 de octubre de 2019. Disponible en: <https://www.iccrom.org/es/news/patrimonio-y-bienestar-%C2%BFqu%C3%A9-constituye-una-buena-vida> [Consulta: 28/05/2026]
- Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias (2021) *Arte y Salud Mental*. Disponible en: <https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/servicios-y-centros/salud-mental/salud-mental-derechos-y-recuperacion/arte-y-salud-mental> [Consulta: 10/04/2026]
- Turino, C. (2020) Bem viver, una alternativa a la idea de desarrollo. *revista PH*, n.º 101, pp. 160-179. Disponible en: <https://doi.org/10.33349/2020.101.4739> [Consulta: 26/03/2026]
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2013) *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/9789241506096> [Consulta: 28/05/2025]
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2019) *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*. Disponible en: <https://www.who.int/europe/publications/item/9789289054553> [Consulta: 14/04/2026]
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2023) *WHO expert meeting on prevention and control of noncommunicable diseases: learning from the arts. Opera House Budapest, Hungary, 15-16 December 2022: meeting report. WHO Regional Office for Europe*. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/373900> [Consulta: 14/04/2026]
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2025) *Proyecto de estrategia mundial sobre medicina tradicional 2025-2034. (A78/4 Add.1). 78.ª Asamblea Mundial de la Salud*. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_16-sp.pdf [Consulta: 28/05/2026]
- UNESCO [Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura] (2026) *Desarrollo sostenible y patrimonio vivo*. Disponible en: <https://ich.unesco.org/es/desarrollo-sostenible-y-patrimonio-vivo> [Consulta: 31/03/2026]
- Rubio Cancela, C.A. (2024) Mensaje del Director Ejecutivo. Patrimonio. *Revista oficial de la Oficina Estatal de Conservación Histórica de Puerto Rico*, vol. 13 (Salud, enfermedad y patrimonio), pp. 4-5. Disponible en: <https://docs.pr.gov/files/OECH/Publicaciones%20y%20Recursos/Revista%20Patrimonio/Patrimonio%20Volumen%20XIII.pdf> [Consulta: 28/05/2026]

Hacia un acercamiento holístico a la salud como patrimonio

María Fuentes Caballero | médica, partera y educadora de la salud

Url de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6151>

RESUMEN

En este artículo exploramos y exponemos el patrimonio en y para la salud, centrándonos en el contexto andaluz, en relación con los saberes y las prácticas populares. Para ello, debemos contextualizar y resignificar los términos de salud y patrimonio en la actualidad.

Partimos de una visión holística de la salud y de la consideración de un origen de esos saberes y prácticas, tanto presentes como pasadas, vinculado a lo que denominamos el “legado matrilineal”, término complementario al de patrimonio.

Mostramos cómo las estructuras de poder social han definido y gestionado tanto la salud como el patrimonio, así como la paradoja existente entre lo que el propio sistema propone como determinantes de la salud pública y el desarrollo de su gestión.

Recuperamos, desde la experiencia y memoria personal, el contenido del legado matrilineal en salud, tanto en la cultura popular como en los hábitos y prácticas cotidianas, que van desde el territorio y su gestión-expresión en lo agroalimentario, a la población con sus costumbres y rituales culturales. Con los objetivos de no perder la memoria, recuperar algunas de ellas para el presente y actualizarlas y ampliarlas para la cultura y el bienestar futuro.

Por último, describimos la construcción actual en Andalucía por parte de los colectivos ciudadanos de nuevos contenidos a esos legados, abriendo así la puerta hacia un futuro que preserve a un tiempo nuestra identidad desde el pasado, lo integre y lo amplifique con dignidad.

Palabras clave

Bienestar | Cultura andaluza | Educación | Holístico | Legado patrimonial | Matrilinealidad | Memoria | Salud | Salud comunitaria | Salud pública |



La salud es la plenitud armónica del individuo y de la comunidad de los individuos | foto Dominio Público

Towards a Holistic Approach to Health as Heritage

ABSTRACT

We explore and present the so-called health heritage of our country, Andalusia, in terms of both knowledge and popular practices. To do this, we must contextualize and restore meaning to the terms health and heritage in the present day. We introduce the term holistic health, and considering the origin of its knowledge and practices, both present and past, we propose the term matrilineal legacy as complementary to the term heritage, with the aim of looking at the reality of 21st-century Andalusia and to understand it in all its human dimension. We show how social structure/power has defined and managed both health and heritage. We also highlight the paradox between what the system itself proposes as factors determining public health and the development of its management in this regard. Likewise, we recover the memory of the content of heritage and matrilineal legacy, both in popular culture and in everyday habits and practices, ranging from the territory and its management and expression in agri-food, to the population customs and cultural rituals. With the objectives of not losing our memories, recovering some of them for the present, and updating and expanding them for the future culture and well-being of Andalusia and the world. Finally, we describe the current construction, by citizen groups in our land, of new contents for these patriarchal and, at the same time, matrilineal legacies, opening the door to a future that preserves our past identity, integrating and amplifying it with dignity.

Key words

Well-being | Andalusian culture | Education | Holistic | Heritage | Matrilineality | Memory | Health | Community health | Public health |

Cómo citar: Fuentes Caballero, M. (2026) Hacia un acercamiento holístico a la salud como patrimonio. *revista PH*, n.º 118, pp. 50-71. Disponible en: www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6151 DOI 10.33349/2026.118.6151

Enviado: 28/01/2026 | **Aceptado:** 30/03/2026 | **Publicado:** 10/06/2026

La salud es un patrimonio personal, familiar, comunitario, universal. Se nos ha olvidado.

Inundados de impactos llamados información, mil consignas enviadas desde toda clase de dispositivos audiovisuales, una farmacia en cada esquina, de vez en cuando un herbolario, miles de fármacos anunciados como si se trataran de la “píldora de la felicidad”, en venta como si fueran el último perfume de moda. Ofertas inacabables en las redes con toda clase de recetas mágicas para aliviarse, curarse, para ser más feliz.

A la par, en la Unión Europea el suicidio es la primera causa de muerte en jóvenes de entre 15 a 29 años (Ministerio de Sanidad 2023). En España, más de la mitad de la población mayor de 15 años declara padecer alguna enfermedad o problema de salud crónico, y entre el 15 % y el 20 % de la población infantil presenta al menos una enfermedad crónica (INE y Ministerio de Sanidad 2023). El consumo de psicofármacos en España se sitúa entre los más elevados de Europa: aproximadamente el 22 % de la población adulta consume este tipo de medicamentos (Teruel Muñoz 2023; OCU 2024). Siguen siendo bajos los índices de lactancia materna, mientras van aumentando los partos quirúrgicos y la lactancia artificial, de la mano de más enfermedades infantiles autoinmunes y crónicas. La segunda causa de muerte en Europa y la cuarta en España es el sobreconsumo de fármacos (Gervás y Pérez Fernández 2013). El gasto sanitario es el más alto de la historia -más de 100.000 millones de euros en 2024- y, del mismo, un 25 % es en medicamentos (Laporte 2024). Todo ello en la llamada “sociedad del bienestar”. Estos datos deberían bastarnos para preguntarnos qué está pasando: ¿es más saludable una sociedad cuanto más invierta en fármacos? ¿es razonable gastar la cuarta parte de nuestro presupuesto sanitario en la industria farmacéutica y al mismo tiempo generar más enfermedades y más sufrimiento? ¿dónde está nuestro patrimonio en salud y qué hemos hecho con él? ¿podemos recuperarlo? ¿para qué y cómo? Trataré de responder a estas preguntas a lo largo de este artículo desde mi experiencia personal y mi trayectoria profesional como médica y educadora de y para la salud.

RELACIÓN ENTRE EL SISTEMA DE PODER Y EL PATRIMONIO EN SALUD

En relación con la salud, podríamos afirmar que es mucho más lo que nos ha ofrecido la sabiduría popular a lo largo de la historia que la llamada ciencia médica. Término, por cierto, aún en discusión, puesto que no es una ciencia, sino un arte que se sirve de algunos aspectos de la ciencia y también de la tecnociencia para desarrollarse. Ni todo el conocimiento válido está dentro del marco académico y/o institucional ni todo lo que se ofrece desde este



Chamanes de la ONG chamánica "Samgaldai" en Mongolia | foto Munkhbayar.B

Una curandera tradicional viaja a pie a través de imponentes cadenas montañosas en Lesotho | foto GavinMor

puede ser considerado conocimiento válido. Mucho menos, puede ser considerado siempre como científico.

En el intento de reunir dos ámbitos tan apasionantes para mí como son la antropología y la medicina, me doy de bruces con algo que atraviesa toda la historia de la humanidad: el intento por parte de cualquier sistema de poder imperante de apropiarse del saber y del conocimiento.

Obviamente, para ejercer cualquier función útil en la sociedad, se requiere una formación, una cierta especialización, y por tanto se entiende que hayan existido desde la noche de los tiempos los roles sociales que se ocupaban en las diferentes sociedades humanas del cuidado de las personas enfermas: desde la chamanería y la brujería, el sacerdocio, pasando por el curanderismo hasta la medicina. Sin embargo, hay un amplísimo saber popular en toda cultura que permite aliviar, cuidar, prevenir la enfermedad e incluso recuperarla, sin que sea precisa siempre la presencia de la persona *experta*. Incluso en muchos lugares y momentos, el aislamiento geográfico o la situación sociopolítica han obligado a prescindir de estas figuras sin que eso se haya traducido necesariamente en un empeoramiento de la salud de la población.

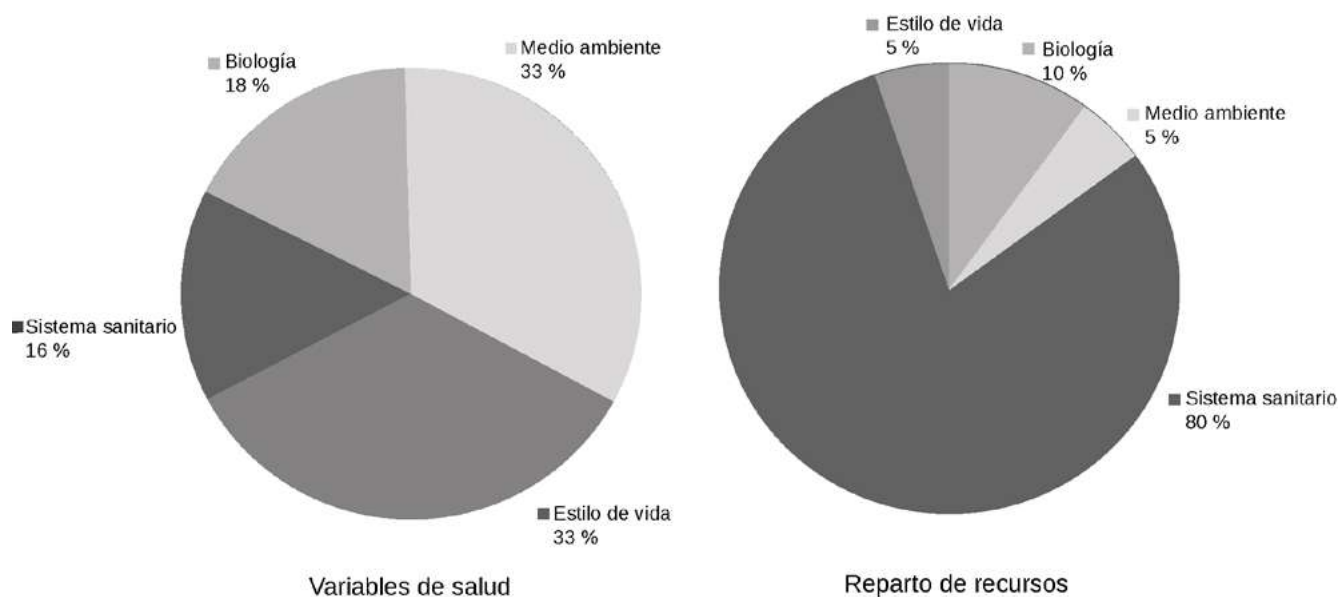
Sin embargo, no podemos limitarnos a nombrar en manos de quién está oficialmente asignado el cuidado de la salud y la enfermedad en una sociedad, porque seguiríamos manteniendo una concepción muy estrecha del término salud.

Si nos detenemos en la palabra *patrimonio*, la etimología nos arroja una luz que nos deslumbra: viene del latín *patri* (“padre”) y *monium* (“recibido”), es decir “lo recibido por línea paterna”. Deslumbra porque estamos precisamente indagando en el concepto salud, que a lo largo de toda la historia estuvo mayoritariamente a cargo de las mujeres. De manera que, para hablar del legado histórico sobre la salud, usar la palabra patrimonio podría ser paradójico. Es tan paradójico que daría pie a un análisis muy interesante sobre el contenido real de ese legado, su desarrollo en la historia de la humanidad y cómo la estructura patriarcal en la que nos movemos, y que es también el legado de miles de años de historia, se encuentra en el nudo de esta paradoja.

Hasta 1974, la definición de salud era la ausencia de enfermedad. Y, tras las investigaciones de teóricos en salud pública como Lalonde (1974), Salleras Sanmartí (1991) o Piedrola Gil, se llega a la definición aún vigente de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “Salud es el más alto estado de bienestar físico, psíquico y social, y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vivan inmersos el individuo y la colectividad” (Piédrola Gil et ál. 1991, 5).

A pesar de esa definición –que, de ser llevada a la práctica por los sistemas de salud pública de todos los países, supondría un aumento de los niveles de salud inimaginables, y a la vez un ahorro incalculable en inversiones sanitarias–, el sistema patriarcal que heredamos, sostenemos y padecemos, lleva en su propia semilla la contradicción y la perversión de ese axioma. Y es precisamente a causa de la gestión inspirada en los valores patriarcales

Modelo de salud pública de Lalonde | gráfico María Fuentes Caballero



de rentabilidad, poder, consumo y superepecialización, que nuestro sistema sanitario está herido de muerte, y el nivel de salud de la población cae en picado en las últimas décadas.

Sin embargo, si vamos un poco más allá, hemos de reconocer, como se ha señalado anteriormente, que han sido en su mayoría las mujeres las depositarias y transmisoras del cuidado de la salud en el cotidiano, en las familias; depositarias del saber popular, que han ido acumulando gracias a su observación del entorno, a su función histórica de parteras y sanadoras, y a su propia necesidad como mujeres y cuidadoras de la prole (Ehrenreich y English 1981).

Desde esa realidad, cabría preguntarse si debería hablarse de *saberes patrimoniales sobre la salud*, o más bien de *legado matrilineal de los cuidados de salud*. Tenemos experiencias recientes de comunidades rurales en nuestro país que, por diferentes motivos socioeconómicos, no han tenido la cobertura de ningún sistema de salud organizado en lo cotidiano y, sin embargo, sus habitantes a lo largo de décadas no han padecido enfermedades o en muy bajo grado de incidencia. Usando sólo los recursos de la observación del entorno, la sabiduría de las mujeres y la farmacopea popular de la flora del lugar (Cañada Zorrilla 2007).

Es tan amplia la literatura al respecto, que pareciera inútil toda alusión a la misma. Sin embargo, ya en el siglo XXI, y sólo tras apenas medio siglo de predominio de la medicina tecnocrática, nombrar palabras como sanadora, partera, curandera, sigue siendo altamente sospechoso de ignorancia, prejuicios, falta de rigurosidad cuando menos. Si además usamos términos como naturopatía, medicina natural, homeopatía, medicina china, en nuestro país podemos encontrar toda clase de epítetos en ciertos círculos, que van del menosprecio a la difamación.

El término de pseudociencia se ha acuñado muy recientemente en nuestra historia. Precisamente suele venir usado por personas ignorantes de lo que es cada una de esas ramas del arte de la curación. Ramas que tienen su origen en raíces y troncos mucho más antiguos que la llamada ciencia médica, recién llegada aún a la historia de la humanidad.

Esas raíces se remontan a milenios en todo el globo terráqueo: desde Mesopotamia a Egipto, China, Japón, India, a las solo centenarias y más recientes (la antigua Grecia, Roma, la tradición árabe-andalusí, por no hablar de todas las culturas precolombinas al otro lado del Atlántico). Analizar este fenómeno sería tal vez parte de otro artículo en otro contexto¹. Pero es obligado citarlo aquí, puesto que el término holístico es objeto asimismo de esa crítica feroz e ignorante. Y mi propia trayectoria como médica y profesional de la salud familiar y pública me lo exige.



Parto en casa. La partería es el modelo de cuidado de la salud que acompaña a las mujeres de manera integral durante el embarazo, el parto y el posparto | foto Dani Carretero

1

A falta de ese espacio para un análisis más profundo, recomiendo profundizar en Fuentes Caballero 2020.

ORIGEN DEL LEGADO. PATRIMONIO MATRILINEAL. DE LO MICRO A LA MACRO

Mi legado me lleva obviamente a mi origen familiar, social, geográfico e histórico: Sierra Mágina –al sur de Jaén–, años 50 y 60 del siglo XX, familia y sociedad campesina olivarera, con un analfabetismo del 80 al 90 % de la población, especialmente la femenina. Economía de supervivencia sin horizontes de progreso cultural ni económico ni para adultos ni para jóvenes. Emigración masiva hacia Europa o zonas industriales de la Península. Sin teléfonos; a lo sumo, una centralita para todo un pueblo, que sólo se usaba para emergencias. Familias disueltas, partidas o, como denominamos actualmente, desestructuradas: hombres que emigran de manera temporal o indefinida permaneciendo en los pueblos las madres, abuelos y abuelas, hermanos y hermanas, novias, esposas, hijos e hijas, con necesidad de noticias y contacto con su hermano, novio, hijo, esposo, padre. En casi cada barrio o pueblito había unas pocas personas que podían escribir y leer correctamente. A veces una sola, a veces ninguna. Menos aún que además quisieran poner ese saber a disposición de los demás, al servicio de lo comunitario. Mi madre fue una de ellas. Una niña –como la mayoría en la época– que, a los 13 años, estuvo obligada a dejar la escuela y adquirir múltiples responsabilidades de adulta. Pero era inteligente, había aprovechado muy bien su instrucción escolar primaria, tuvo siempre curiosidad por el *saber*; y su capacidad de aprendizaje y generosidad le alcanzaba para ofrecer todo eso a su entorno. Se convirtió en la persona que más cartas leyó y escribió para las otras personas en un pueblo de 5.000 habitantes. Hasta que descubrió que sería menos cansado, y mucho más satisfactorio y útil para el conjunto, enseñar a hacerlo. Yo fui testigo en la mesa camilla de nuestra casa de todo ese ir y venir de mujeres de todas las edades buscando, en primer lugar, ayuda para comunicarse con sus seres queridos, para luego avanzar con ilusión hacia su propia capacidad de hacerlo de manera autónoma. Con apenas 7 años, además de testigo, me convertí en su “cómplice”. Mayores que me reclamaban en sus casas para leerles y escribirles cartas. Más tarde, niñas y niños también necesitaron de mi ayuda. Eran descendientes de quienes se habían ido y debían sustituirles en las tareas del campo, ayudar en la crianza de las personas mayores o en cualquier otro trabajo que contribuyera a la economía y supervivencia familiar. No podían seguir su escolarización con normalidad.

Esta experiencia fue muy poliédrica, con infinidad de matices. Me descubrió la existencia de diferentes clases sociales (algunas no estaban obligadas a emigrar y abandonar su casa y sus familias, mientras otras muchas otras sí); que esa misma población no sólo carecía de recursos económicos sino también de muchos otros, entre ellos, el más elemental para mí entonces: el de la lectoescritura. Algo que para mi familia era natural (la posibilidad de comunicarse con seres amados a distancia), para la mayoría de la pobla-

ción era sencillamente inaccesible. Con esta labor fui depositaria de multitud de noticias, expresiones, reflexiones, preguntas de personas adultas para otras... y, sin apenas percatarme, fui adquiriendo conciencia de la economía, lo rural, lo urbano, lo industrial, la ignorancia, la cultura, la soledad... de cómo la vida toda era un entramado. Todo estaba estrechamente entrelazado, hasta el punto de entender cómo la alegría, la tristeza, las noticias buenas o malas, las dificultades... podían generar bienestar o malestar, sufrimiento o felicidad. A veces, sólo ver la expresión de sorpresa, satisfacción, pura felicidad en sus caras cuando conseguían descifrar por sí mismas una letra, una palabra o una frase, era toda una revelación. Esa vivencia quedó en mi memoria, formando parte del sustrato de quien soy. Del patrimonio de mi origen. Debería decir con más precisión mi *legado matrilineal* que marcó mi vida para siempre. No en vano, posteriormente, en etapas cruciales de mi vida y en diferentes comunidades humanas y geografías, la alfabetización fue siempre una de mis tareas prioritarias que a su vez más me completaron como persona y como médica dedicada a la salud pública y comunitaria. Y es que, en realidad, gran parte del trabajo más eficaz en salud pública y preventiva se hace *alfabetizando* a la población en el ámbito de la salud.

De ahí que mi práctica como médica de salud familiar y comunitaria (fundamentalmente desde el Centro de salud Artemisa, sito en la localidad de Arcos de la Frontera en Cádiz y que dirijo desde hace 35 años) haya sido siempre un entramado difícil de delimitar entre la práctica asistencial individual y la educación en y para la salud. Ha sido en mi trayectoria profesional fundamental la formación en salud dirigida a diferentes colectivos ciudadanos, desde mujeres de barrios populares en las escuelas de alfabetización de personas adultas a grupos de mayores, niñas y niños en escuela primaria, jóvenes adolescentes en institutos, personas universitarias en formación, así como profesionales de la salud y los servicios sociales. En todas las capas sociales, en todos los niveles académicos. Mi objetivo ha sido no sólo ampliar la información y la formación de salud entre la población y los profesionales sanitarios, sino formar y generar auténticas *agentes de salud* que provocaran un efecto multiplicador entre la población. La OMS define agente de salud como una figura no estrictamente sanitaria, pero cercana a la población, que dinamiza y es puente entre los servicios de atención e información sanitaria y social y dicha comunidad, cuyos objetivos son educar, prevenir y promover estilos de vida saludables, y ayudar a la población y liderarla para empoderarse desde sus propios recursos, y facilitándoles el acceso a los recursos sociosanitarios (OMS 2019). Esto debería incluir ayudar a recuperar la memoria y la sabiduría ancestral de cada comunidad, es decir, las prácticas, hábitos, rituales, artes y, en definitiva, el patrimonio cultural material e inmaterial de la población relacionado con los cuidados, el bienestar y la salud comunitaria. Un patrimonio que incide en su bienestar y que puede incluir desde un ritual funerario, que permita encauzar y procesar el duelo de manera colectiva, hasta un baile o canciones, que ayuden a



Actividad de un grupo del programa Mujeres y salud



Taller con adolescentes en centros educativos



Actividad de un grupo del programa Mujeres y salud



Taller de acompañamiento a la familias para la crianza y la salud infantil | fotos Centro de salud Artemisa

expresar y canalizar las emociones que impregnan el cotidiano en lo individual y en lo colectivo del ser humano.

Estamos asistiendo a una medicalización creciente de todos los momentos de la vida: se dan psicofármacos de manera habitual a personas que acaban de perder a un ser querido (sea por muerte, separación o divorcio), se medicaliza sistemáticamente el momento del nacimiento-parto y se institucionalizan los llamados “protocolos” médicos como sustitución de rituales ancestrales ausentes o despreciados en nuestra civilización, dejando a la población en la soledad, en aislamiento emocional, en estado de anestesia cronicada de emociones y sentimientos, situación generadora de angustia, con síntomas psicofísicos, que es caldo de cultivo subyacente a la inmensa epidemia creciente de ansiedad en todo Occidente (Davis-Floyd 2009).

SOMOS SERES BIOPSIKOENERGÉTICOS. BASES DE UNA VISIÓN HOLÍSTICA DE LA SALUD

Si la salud es considerada por la OMS como la conjunción del estado de bienestar físico, psíquico y social, los determinantes de salud así lo han confirmado. El modo de vida y el medio ambiente condicionan en casi el 80-90 % la salud de la población (OMS 2025). Mientras tanto –en una nueva e inexplicable paradoja–, la mayor parte de la inversión pública de los gobiernos occidentales en salud se concentra en los sistemas asistenciales y sanitarios. De ese gasto sanitario público, en España la atención primaria tan solo representó alrededor del 14 % (Ministerio de Sanidad 2024). Desconocemos los datos de inversión pública en educación de salud porque las cifras no se presentan desagregadas.

El término “holístico” procede etimológicamente del término griego *Holos*, que significa *la totalidad*. Totalidad no sólo en el sentido de la suma de las partes, sino fundamentalmente de la interacción entre ellas. En un sistema vivo, no es posible comprender una de sus partes sin tener en cuenta al conjunto porque, tal y como sucede con los seres humanos, en el momento en que se entra en contacto con otro ser o parte distinta, dejas de ser el que eras para crear o entrar en contacto con otra parte de la realidad. La física cuántica está ampliando enormemente esa idea que podemos explorar sobre todo cuando se adentra en el concepto de *campo*. Autores como Pert (1997), Lipton (2016) o Ballester Rodés (2024), lo exploran ampliamente aplicándolo al mundo de la medicina, la neurología, la psicoimmunoneuroendocrinología, la salud.

Si acudimos a otras definiciones de salud, una de las más holísticas es la del doctor Jordi Gol y Gorina, que propuso en los años 70 del siglo XX²: “Para mí, salud es la plenitud armónica del individuo y de la comunidad de los indi-

2

Aunque publicado en los 2000 (Borrel Carrió 2005).



La salud se entiende como aquella manera de vivir que es autónoma, que es solidaria y que es gozosa (Borrel Carrió 2005) | foto srgpicker

viduos. Por ello soy no solamente partidario, sino también uno de los padres de aquella definición de salud que la entiende como aquella manera de vivir que es autónoma, que es solidaria y que es gozosa” (Borrel Carrió 2005).

¿Cómo es posible que, con ese reconocimiento explícito, proveniente del ámbito científico-médico más académico y reconocido, esta visión de la salud fuera completamente negada y olvidada en nuestra formación como profesionales de la salud y en nuestra práctica médica?

Responder a esta pregunta me ha llevado la mitad de mi vida profesional. Me resistía desde la ingenuidad de mi profunda vocación a aceptar que fuera sólo por motivos económicos. Por supuesto es más complejo. Por eso he precisado otra mitad de la vida, mucha investigación, alguna valentía y la necesidad de divulgarlo en mis publicaciones para procesarlo. Porque eso que se expone sólo en unos cuantos números y en unas pocas frases tiene el alcance de resumir fríamente la explicación de muchas injusticias y sufrimiento humanos inútiles. Porque habla de lo que se hace y del sinsentido de un gasto desproporcionado en lo que no es la causa de las enfermedades. Porque también niega, obvia y olvida una vez más que la salud no depende ni es patrimonio del sistema, sino de las personas, de la comunidad. Patrimonio inmaterial, valiosísimo, invaluable y holístico. Y ya podemos añadir: y legado matrilineal.

Como he comentado antes, mi legado personal y familiar me condujo, sin yo saberlo, a comprender el cómo y el porqué de los niveles de salud de la población y, sobre todo, a la necesidad de hacerlo en contacto directo con las

Físicos	Psíquicos	Sociales
Alimentación	Relaciones	Cultura
Ejercicio	Autoestima	Estudios
Respiración	Creencias	Paro
Relajación	Expresión de emociones	Trabajo
Actividad-Descanso	Estrés	Política
Agua	Roles familiares	Agricultura
Tóxicos	Miedos	Economía
Energías libres	Soledad	Redes sociales
Sexualidad	Autonomía	Guerra
Agresiones	Dependencias	Ocio
Accidentes	Malestares	Contaminación
Embarazo	Embarazo	Sistema sanitario
Parto	Parto	
Nacimiento	Nacimiento	
Lactancia	Lactancia	
Contaminación	Aspiraciones	
	Expectativas	

Factores determinantes de salud | tabla María Fuentes Caballero

personas. También contribuyó a centrar mi trabajo, a desvelar de qué y de quién dependía la salud de la población, de cómo estaba totalmente entrelazada con su manera de vivir, sentir, pensar y actuar, y desde ahí, cómo preservarla y recuperarla. En realidad, *nadie puede curar a nadie*. Los antiguos griegos ya hablaron de la *Natura Vis Medicatrix*: sólo la propia naturaleza puede curar (Alfonso 1976). Basta con ofrecer las condiciones adecuadas para poder reorganizarse, resetearse, recuperarse, curarse.

En cualquiera de los múltiples foros en que he intervenido sobre salud y sus condicionantes, he convocado frecuentemente al público de la sala a enumerar conjuntamente en una “tormenta de ideas” qué aspectos de la vida les hacían sentirse mejor, peor, sufrir, avanzar... en definitiva, los aspectos que pudieran asociar a lo que entendemos como *sentirse bien* o *sentirse mal*.

Miles de personas, de cualquier nivel académico o socioeconómico, cientos de grupos humanos, en cualquier parte del país, del continente, repetían una y otra vez los mismos. En la tabla adjunta, los enumeramos y clasificamos según su propia intuición o deducción en tres bloques: físicos, psíquicos y sociales.

Con el objetivo de mostrar a la población en general, y a la academia en particular, la idea del sentido holístico de salud, diseñé un sencillo esquema

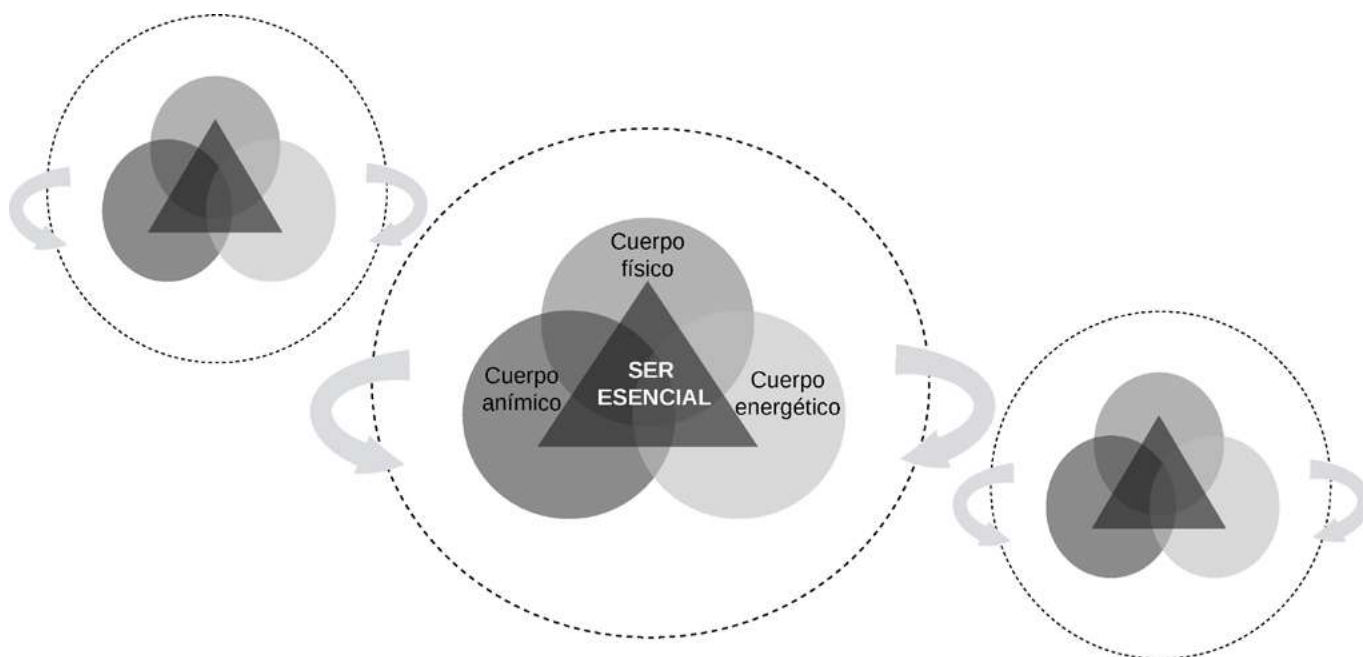
(ver siguiente página) para un pequeño artículo³ que realicé antes de acabar mis estudios de medicina y que estaba inspirado en los grandes filósofos y médicos que nos precedieron y que fueron recuperados en el siglo XX por la medicina antroposófica (Steiner 1980).

A pesar de todo lo dicho sobre el paradigma biopsicosocial reconocido académicamente en la medicina en torno a la salud, en nuestras facultades de medicina, ya avanzado el siglo XXI, se sigue transmitiendo un discurso epistemológico basado en el reduccionismo materialista y organicista. Sin embargo, en la calle, la consulta, las familias, en cualquier grupo humano donde intervengo, se entiende inmediatamente que es irreal ese concepto de salud y enfermedad. Y, al igual que los factores que intervienen en el estado de salud se reconocen de forma inmediata y ágil, también se comprende fácilmente que lo físico, lo psíquico y lo energético se encuentran íntimamente entrelazados. Se entiende que son tres dimensiones que compartimos con todos los reinos de la naturaleza: el físico con el mineral; el energético con el mineral, el vegetal y el animal; y el psíquico con el animal. Hasta donde sabemos hoy. Además, existe una dimensión que sólo reconocemos actualmente en los humanos: la espiritual; o la conciencia o el yo. Sólo el ser humano es consciente de sí mismo. Sólo el ser humano puede observarse, pensarse, sentirse como ser único y parte de un todo, puede comunicarse verbalmente, elaborar ideas, conceptos, transmitirlos y crear y generar una cultura que trasciende. Toda esa complejidad es. Y condiciona, para bien y para mal el sentir, el pensar y el vivir del ser humano,

3

Escrito en 1986 y con título *Estructura multidimensional del ser humano*. Se puede acceder a través del blog de la autora: <https://artemi-salud.blogspot.com/p/articulos-y-videos.html>

Estructura multidimensional del ser humano | gráfico María Fuentes Caballero



con todas las consecuencias que de ello se derivan. En sí mismo y en interacción con sus semejantes. Es incomprensible que toda esta complejidad no encuentre cabida en nuestro paradigma actual médico hegemónico y filosófico; mucho menos en nuestro sistema médico. Sencillamente, se obvia, no existe. A lo sumo que llegamos en ciertos ámbitos en las últimas décadas es a nombrar el estrés como causa posible de influencia en ciertas enfermedades. Y se deja para los “pseudocientíficos” el resto. Es decir, una realidad aplastante: que somos seres biopsicoenergéticos con conciencia, que cada una de esas dimensiones nos afecta, nos diseña, nos lleva hacia la enfermedad y/o la salud, seamos o no conscientes de ello. Tal vez esto explique por qué mucho más de la mitad de la población mundial sigue buscando curación, alivio, bienestar y paz más allá de los límites que marca el *sistema*, aunque este mismo descalifique, critique, ignore y menosprecie esa búsqueda, por otra parte, legítima, comprensible y, frecuentemente, útil.

DE LOS SABERES Y PRÁCTICAS PATRIMONIALES A LAS PRÁCTICAS Y SABERES MATRILINEALES. DEL PASADO AL FUTURO

En nuestro sur, Andalucía, tradicionalmente ligado a la tierra, con una fuerte importancia del campesinado, y con modos de vida y culturas milenarias, aún podemos encontrar muchos vestigios de los saberes populares vinculados a la salud, el bienestar y el cuidado de las personas. Cada vez menos, es cierto. Porque la memoria se está perdiendo, entre el menosprecio general hacia lo que se considera *superstición*, *ignorancia* o *creencias mágicas*, y la invasión de nuevas “nuevos dogmas” y la sobreinformación –no siempre fiable– a través de las redes.

Si tomamos como referencia los ya mencionados factores determinantes de salud contemplados por la OMS, encontramos en la cultura andaluza saberes y formas de vida que los sustentan. No los nombraremos todos (seguramente hay muchos más de los que mencionemos) ni los analizaremos. Únicamente, recuperaremos algunos para la memoria.

Nos detendremos básicamente en varias dimensiones de nuestra cultura: los saberes relacionados con la alimentación/sistema producción agrícola; las formas de sociabilidad; y la reproducción/cuidados.

Revisando nuestras tradiciones culinarias y gastronómicas, encontramos auténticos saberes que, si fueran cuidados, recuperados, difundidos y valorados como se merecen y necesitamos, podrían acabar con muchas de las enfermedades más frecuentemente asociadas a las sociedades industrializadas. Los actuales estilos de vida, sin tiempo para cocinar, el sistema mundial de producción y distribución de alimentos, unido a los intereses



Embutiendo chorizos | foto MottaW



Taller de higos chumbos | foto Subiendo al Sur

Matanza tradicional | foto Hortensia

de las grandes cadenas comerciales alimentarias, los *trust* agroalimentarios, la industria del ocio, con la ayuda de los medios de comunicación... están acabando con esa riqueza ligada al patrimonio de la alimentación. Podemos reconocer algunas costumbres y usos que están en declive o directamente hemos perdido.

Asombra ver que los higos caen de las higueras y nadie los recoge, mientras que los pocos que pueden comprarse no tienen sabor alguno. Lo mismo sucede con los higos chumbos, ya casi desaparecidos a causa de la terrible plaga de la cochinilla. Las moras ni se ven, ni se cogen, ni se comen. Las naranjas se ven tiradas en muchísimos lugares en nuestro sur sin que nadie se tome el trabajo de recogerlas. Mientras se compran a precio de oro en las zonas industriales y en Europa. Y así una larga serie de alimentos de primer orden, cuyo valor nutricional es indiscutible, que se desconocen, ignoran o menosprecian. El valor económico, nutricional y de salud de cualquiera de esos productos frescos (como los de la verdolaga silvestre, las alcaparras, los alcaparrones, los espárragos...) no es despreciable. Apenas quedan vestigios de esas prácticas saludables y valiosas.

Otra tradición muy arraigada en la cultura alimentaria andaluza es la matanza. Las matanzas, tan comunes en nuestra infancia de los años 50 y 60, incluso de los 70 y los 80 del siglo pasado, en ciertas zonas de Andalucía, eran rituales que no sólo consistían en la elaboración de alimentos de muy alta calidad nutricional para la familia, que además ampliaban los recursos de la economía doméstica, sino que añadían un componente invaluable como patrimonio de salud comunitaria: la reunión y celebración de la familia en torno a la matanza, la fiesta y la alegría compartidas con el vecindario y las amistades durante días. Aunque las grasas animales estén tan denostadas en la cultura actual de "lo *light*", está más allá de toda discusión que son infinitamente



Productos 100 % de la huerta | foto Ángel Garrigues

más saludables que todo lo que se comercializa en comidas ultraprocesadas, precocinadas, con carne proveniente de granjas industriales, embutidos elaborados con conservantes, colorantes y otros ingredientes... formas de producción de alimentos que nos llevaría a un tema tan amplio como revelador que es el de la alimentación actual (Olea 2025).

Lo resumiremos en que las consecuencias del actual sistema agroalimentario y de los hábitos de consumo de la población al respecto son generadores de múltiples enfermedades que van desde la infertilidad a las alergias de todo tipo, enfermedades autoinmunes, cáncer, Alzheimer, pasando por diabetes, obesidad o hipotiroidismo (Porta 2018). Es de tal calado que los expertos en salud pública hace décadas que advierten que sólo mejorando la política y educación agroalimentaria se podría hacer desaparecer y/o mejorar en un 80 % la mayor parte de enfermedades actuales, llamadas *enfermedades de la civilización*. Las amplias, profundas y diversas consecuencias de este sistema agroalimentario van desde las macroeconómicas a las económicas familiares, los niveles de incidencia de enfermedades crónicas, el gasto público sanitario, los niveles de sufrimiento entre la población...

Si enfocamos sobre lo que aún preservamos del patrimonio-legado matrilineal relacionado con la alimentación, nos queda mucha riqueza: el gazpacho, las aceitunas, los encurtidos, el salmorejo, el ajoblanco, los espetos de sardinas, la pipirrana, la porra, las migas, las gachas, mucha de la repostería casera y de tradición andalusí... Un amplio patrimonio gastronómico andaluz basado, fundamentalmente, en la rica tradición hortícola y pesquera. Tenemos la responsabilidad de seguir preservando y ampliando ese patrimonio y recuperar en lo posible los saberes relacionados perdidos.



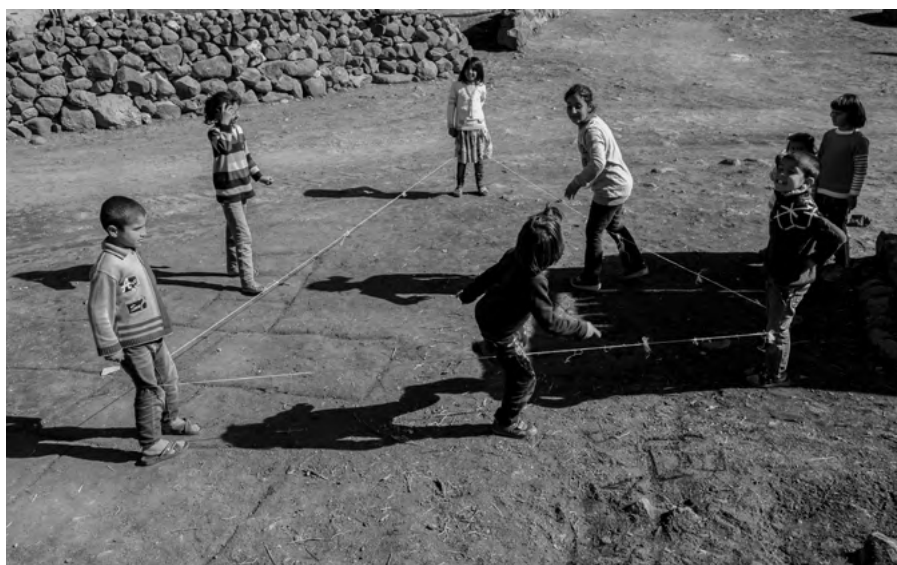
Ganaderas en red son pastoras y ganaderas de distintos territorios que intercambian experiencias y propuestas a los problemas, defendiendo las virtudes que unen mujer y ganadería extensiva desde los principios de la agroecología y recuperación del mundo rural | foto Ganaderas en red

En relación con la recuperación de este conocimiento, y en aras de garantizar una alimentación saludable, es importante señalar la conveniencia de fomentar la agroecología que, a su vez, garantice la conservación del patrimonio agrario vinculado a este modo de producción. No podemos apoyar nuestro patrimonio de salud sin revisar, reconvertir y apoyar el desarrollo de todo el sector agroalimentario hacia lo ecológico, porque, sin esas condiciones de producción los alimentos perderían todo su valor nutricional y, por tanto, su riqueza esencial para clasificarlo como *patrimonio de salud*. Por otro lado, la agroecología supone una oportunidad para la recuperación de los núcleos rurales y la empleabilidad de las mujeres con la aparición de pequeñas empresas relacionadas con el sector agroalimentario, o la ganadería extensiva en un intento de dignificar y revitalizar el campesinado y la vida rural.

En relación con hábitos y usos culturales que repercuten positivamente en la salud de las personas destacamos las formas de sociabilidad, algunas características de Andalucía. Sencillas costumbres, que formaban parte del estilo de vida y que han desaparecido o son excepcionales, como las sillas “a la fresca” en la puerta de las casas durante los veranos de nuestra infancia, los juegos en la calle, vinculados a canciones populares, bailes, historias cotidianas, los cuentos de los mayores en torno a la “lumbre”... costumbres que favorecían varios aspectos simultáneamente: la transmisión oral de la cultura, la comunicación intergeneracional, el alimento de la imaginación, la expresividad de las emociones, la socialización en un contexto protegido... Sin embargo, aún quedan muchas fiestas y rituales ligados al folklore andaluz que nos reclaman su atención y la responsabilidad de preservarlas, visibilizarlas, dignificarlas y potenciarlas. Reflejan esa inmensa capacidad del



A la fresca | foto Angie Angelus



Niños jugando a un juego de cuerda tradicional al aire libre | foto Arzella BEKTAŞ



Fiestas de Moros y Cristianos en Cúllar, Comarca de Baza | foto PhtoLanda

pueblo andaluz de transformar en motivo de encuentro, celebración y alegría su dolor, sus pequeñas y grandes miserias.

La sabiduría ancestral de nuestro pueblo tal vez conocía, sin saberlo, la clave de lo que la ciencia ha ido mostrando: que todas esas prácticas no eran casuales, ni rituales meramente folklóricos, sino que tenían un sentido y un propósito. La neurociencia actual muestra la existencia de los “neurotransmisores del bienestar u hormonas de la felicidad” (Maris 2017). Es decir, un flujo de endorfinas, serotonina, oxitocina, dopamina, etc., todas ellas ligadas de un modo u otro a la vida al aire libre, la comunicación e interrelación entre personas, el baile, la música, el juego, los rituales religiosos, las creencias, el sentido trascendente de la vida. A su vez, todas ellas, generadoras de bienestar, alegría, relajación, empatía, bajada de cortisol, y por tanto de gran poder antiestrés, con todas las consecuencias que se derivan de ello: bajada de tensión arterial, mejora del estado anímico y disminución de ansiedad, analgesia natural, aumento de la capacidad de conexión, comunicación y vinculación, mejora del sueño y el descanso, aumento de la memoria, aumento de la relajación, mejora de la empatía y las relaciones humanas...

Por último, detengámonos en el ámbito de la reproducción y los cuidados. Hemos pasado de un sistema de cuidados, característico sobre todo del mundo rural, centrado en redes de apoyo de mujeres (madres-abuelas-vecinas), “la familia extensa”, en torno al hogar, a un modelo de familia nuclear, urbana e industrial, aislada, sin redes de apoyo, en una sociedad donde no existe un sistema de conciliación laboral y familiar real en el que tengan cabida el trabajo de cuidados, que continúa invisibilizado. Que el trabajo de cuidados, que sigue recayendo en las mujeres, no sea reconocido repercute



Una enfermera de atención domiciliar cura una herida | foto Banc d'imatges Infermeres

en las personas más vulnerables: las propias mujeres, las criaturas y las personas mayores. La desatención a la primera infancia, a las personas enfermas y dependientes, a las personas ancianas. Nunca se ha dado un valor económico al trabajo de cuidados, quedando invisibilizado, ni se ha valorado como capital social.

Vivimos en una situación de abandono de las personas más vulnerables y de grave crisis social. Es lo que se ha denominado “crisis de los cuidados” que ha conducido al actual modelo de institucionalización, donde las tareas que antes se llevaban a cabo en el interior del núcleo familiar se confían cada vez más a especialistas externos (personas cuidadoras de niños y niñas y de personas mayores, personal enfermero...) (Russell Hochschild 2013).

Como respuesta, van surgiendo iniciativas protagonizadas por mujeres que responden a las necesidades de cuidados no cubiertas en torno a la idea y la necesidad de acompañamiento, autoconocimiento, autonomía, conciencia del cuerpo, respeto por los propios procesos.

Estas mujeres generan su propia cultura de salud: nacen grupos cuyo objetivo es el de acompañarse en ese camino hacia el bienestar y hacia sí mismas. Mi experiencia en este sentido comenzó en Jerez de la Frontera (Cádiz), con proyectos que marcaron y trascendieron. Es paradigmático el programa Mujer y Salud, que contó con el apoyo del propio Ayuntamiento de Jerez para la promoción de la educación y la prevención de salud con perspectiva de género. El programa Mujer y Salud nace al inicio de los años 90 del pasado siglo y marca el comienzo de una fórmula de dinamización de grupos de mujeres que hoy continúa extendiéndose. Se inició con la par-



Curso de preparación de Agentes de salud | fotos Centro den salud Artemisa



4

El alcance de esta experiencia colectiva se puede ampliar en la publicación Fuentes Caballero (2020) y en el documental *La pasión de vivir: sobre la mujer y la salud* (Martínez Álvarez 2003), emitido e TVE 2, en 2003. Nunca podremos saber el alcance real que este proyecto ha tenido en la salud pública. Algunos datos se encuentran recogidos en esta publicación, pero sólo pueden ser considerados como testimoniales.

ticipación de las personas usuarias, y se continuó con la de las profesionales. Las bases de este programa se sustentan en el nuevo paradigma de salud holística que estamos exponiendo. Posteriormente, se organizaron otros cursos para la formación de “agentas de salud” con la finalidad de que las mujeres asistentes continuaran la transmisión de lo aprendido a la población. La intención es que sea la propia población la que actúe como cadena de transmisión. Se trata de una experiencia de salud comunitaria desde lo público (que en sus inicios tuvo el apoyo de la administración local) que pudo disfrutar un número amplio de personas, y que, además, más importante aún, pudo trascender y generar un movimiento de educación para la salud que actualmente continúa extendiéndose por toda la provincia de Cádiz⁴. Nos referimos a la existencia y multiplicación de innumerables colectivos, como círculos de mujeres, grupos de apoyo a la lactancia materna, grupos de consumo en torno a personas que producen alimentos ecológicos, o grupos de familias que se autodenominan “tribus (seguramente en un intento de recuperar, desde la memoria colectiva, el sentido de “formar parte de” y las redes de apoyo para la crianza con ayuda del grupo). La finalidad es crear espacios donde se atiende las necesidades de cada persona y del grupo en su conjunto, focalizando la atención en los cuidados, en las necesidades, en los procesos personales y grupales; donde el acompañamiento, tanto en la salud como en la enfermedad, sea lo prioritario. Se promueve el desarrollo de la autonomía en la gestión de la salud, desde el conocimiento de los procesos naturales, la prevención y la desmedicalización; el fomento de la “materpaternidad” consciente a través de redes de apoyo mutuo; y se divulgan y ponen a disposición recursos de la “sabiduría popular” para dolencias comunes. En definitiva, el objetivo final es el empoderamiento individual y



colectivo, a través de la información y la formación, frente a la dependencia y poder aplastante de la farmaindustria en la gestión de la salud.

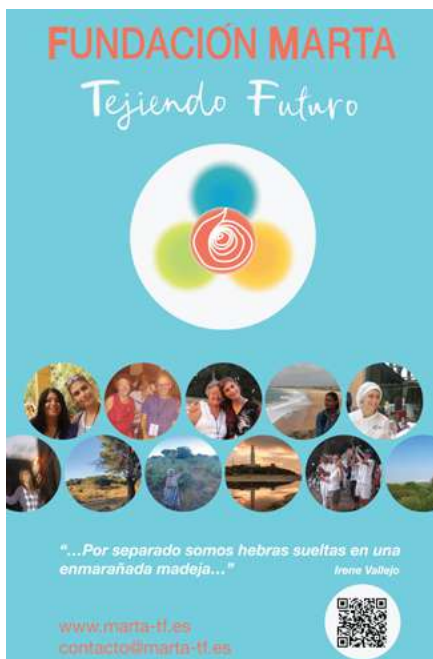
En esa misma línea, hemos visto cómo procesos naturales como el nacimiento y la muerte han sido desplazados hacia las instituciones sanitarias. Se les ha extraído gran parte de su contenido como experiencia humana, familiar y trascendente. Justificados como actos médico-quirúrgicos necesarios en nombre de la seguridad y el bienestar, se han “profesionalizado” y, con ellos, gran parte del sistema de cuidados (Foucault 1989). Sin negar la ayuda y mejoras que haya podido suponer este desplazamiento, es necesario reconocer otras consecuencias no tan beneficiosas. Por un lado, se ha transformado el sistema de cuidados público, creado para apoyar y sostener a la población necesitada, en un sistema que tiene más de mercantilista, consumista e industrial que de protección de las vulnerabilidades. Este aspecto es fundamental y merece una atención especial, tanto por su amplitud y profundidad, como por su inmensa repercusión en la salud a corto y largo plazo de toda la población, además de por sus repercusiones económicas, sociales, antropológicas y simbólicas.

Nombraremos algunos de los aspectos más relevantes: desde la cada vez más tecnologizada asistencia a los nacimientos, que ha disparado los partos quirúrgicos muy por encima de lo que la salud pública considera justificado, con todas las graves y numerosas repercusiones y secuelas yatrogénicas sobre la salud madre-bebé (Fuentes Caballero 2021), a unos índices de lactancia materna que, si bien se han recuperado en las últimas décadas desde un modelo dominado por la lactancia artificial en los años 90 del siglo

El surgimiento del movimiento proclive al parto en casa es un intento de recuperar procesos naturales que han sido desplazados hacia instituciones sanitarias, devolviéndoles a las mujeres, al mismo tiempo, el protagonismo que tienen en estos procesos | foto Esperanza Moreno

pasado, aún siguen siendo bajos (INE y Ministerio de Sanidad 2023). Las invaluable consecuencias de esta realidad necesitarán muchos lustros para llegar a revelar el trágico y pesado alcance que tendrán sobre la salud y el desarrollo de la sociedad actual y futura.

Esta profesionalización de los cuidados se extiende a la crianza, normalizando así que las criaturas pasen la mayor parte de su infancia en centros de educación infantil en los que no siempre se proporciona una atención individualizada, cálida y amorosa que garantice su pleno y saludable desarrollo. Nunca como ahora se había producido la enorme pandemia de medicalización de la primera infancia, con graves repercusiones en el aprendizaje y el desarrollo futuro. Jamás semejante cantidad de trastornos del aprendizaje, enfermedades crónicas precoces, trastornos psicoemocionales en la pubertad y adolescencia, incidencia cada vez más elevada de suicidios juveniles. Muy diversos autores, desde mitad del siglo pasado, como W. Reich, venían advirtiendo de esta situación (Odent 1986). Es la crisis de los cuidados ya mencionada llegando a la versión seguramente más cruel de lo que realmente es la cultura patriarcal en el cotidiano: el abandono de las personas más vulnerables de la sociedad (criaturas y mayores, personas enfermas o con limitaciones y/o dependencias). Llámese hospital, centro de educación infantil, residencia de ancianos, sistemas sociosanitarios “externalizados”... todos ellos deberían ser revisados en profundidad y reformulados. Cuestión imposible si no se reformula el sistema en su conjunto: la real conciliación de la vida laboral y familiar, la visibilización y puesta en valor del trabajo de cuidados. Donde los sistemas de atención y cuidados sociosanitarios puedan ser suficientes, públicos, de calidad, coordinados y apoyando a las familias en sus necesidades.



Desde el nacimiento a la muerte. Porque esa es la última y más trascendente de las experiencias humanas, que está siendo desposeída de los cuidados que, sin ser perfectos ni profesionales, la dotaban a lo largo de toda la historia de significado, respeto y dignidad. Hacer el tránsito en compañía de la gente que amas, en tu espacio vital, en tranquilidad y seguridad. Con los rituales que las creencias y la necesidad de cada quien pueda necesitar.

Con esta inspiración, y desde el bagaje de décadas trabajando en esa dirección, nació hace un año, y se está desarrollando una iniciativa andaluza y gaditana en Arcos de la Frontera, con vocación de construir y darle forma a un proyecto intergeneracional, insertado e integrado en el territorio que acoja personas, iniciativas y sueños desde y para el legado de bienestar, desarrollo y salud comunitarios, la Fundación Marta T.F. Tejiendo Futuro.

La forma en que una sociedad recibe y despide a sus integrantes define los valores que como civilización sostienen el recorrido entre ambos momentos. Y ese es el auténtico legado a preservar, a recuperar, a ampliar, a dignificar. Llamémosle patrimonio, legado matrilineal, o sencillamente *legado humano*.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfonso, E. (1976) *Curso de medicina natural en cuarenta lecciones*. Buenos Aires: Editorial Kier
- Ballester Rodés, M. (2024) *El ABC de la medicina energética: La dinámica de campos*. Barcelona: M Ballester
- Borrell-Carrió, F. (2005) Médico de personas. Atención Primaria, vol. 35, n.º 7, pp. 339-341
- Cañada Zorrilla, M. (2007) Otro mundo es posible. En: VV.AA. *Hilando fino. Mujeres, un viaje en común*. Barcelona: Icaria Editorial, pp. 65-94
- Davis-Floyd, R.E. (2009) *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*. Buenos Aires: Editorial Creavida
- Ehrenreich, B. (1981) *Brujas, comadronas y enfermeras: historia de las sanadoras; Dolencias y trastornos: política sexual de la enfermedad*. Barcelona: La Sal
- Foucault, M. (1989) *El nacimiento de la clínica*. Madrid: Siglo XXI
- Fuentes Caballero, M. (2020) *Mujeres y salud desde el sur*. Barcelona: Icaria Editorial
- Fuentes Caballero, M. (2021) *Gestación, nacimiento y crianza desde el Sur: una mirada comprensiva-compasiva sobre la infancia, la salud y la vida*. Barcelona: Icaria Editorial
- Gervás, J. y Pérez Fernández, M. (2013) *Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias)*. Barcelona: Los libros del lince
- INE [Instituto Nacional de Estadística] y Ministerio de Sanidad (2023) *Encuesta de Salud de España-ESdE 2023*. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaSaludEspana/home.htm> [Consulta: 05/05/2026]
- Lalonde, M. (1974) *A new perspective on the health of Canadians*. A working document. Ottawa, ON: Minister of National Health and Welfare. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> [Consulta: 22/01/2026]
- Laporte, J.R. (2024) *Crónica de una sociedad intoxicada*. Barcelona: Ed. Península
- Lipton, B.H. (2016) *La biología de la creencia*. Madrid: Esfera de los libros
- Maris Maruso, S. (2017) *El laboratorio interior. Cómo usar la mente para sanar el cuerpo y el cuerpo para sanar la mente. Historias que merecen ser contadas*. Barcelona: Zenith
- Martínez Álvarez (2003) *La Pasión de Vivir: sobre la mujer y la salud* Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=wym3La8s-yw> [Consulta: 26/01/2026]
- Ministerio de Sanidad (2023) *Informe mayo 2022-mayo 2023. Línea 024*. Disponible en línea: https://www.sanidad.gob.es/linea024/docs/INFORME_024_anual_2022-2023.pdf [Consulta: 05/05/2026]
- Ministerio de Sanidad (2024) *Financiación y gasto sanitario*. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/finGastoSanit.htm> [Consulta: 12/05/2026]
- OCU [Organización de Consumidores y Usuarios] (2024) *Encuesta OCU: el 59% de los jóvenes de 25 a 29 años tomaron tranquilizantes en los últimos 5 años*. Disponible en: <https://www.ocu.org/organizacion/prensa/notas-de-prensa/2024/tranquilizantes261124> [Consulta: 05/05/2026]
- Odent, M. (1986) *La sante primale*. París: Éditions Payot
- Olea, N. (2025) *Libérate de tóxicos*. Madrid: Ed. RBA
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2019) *Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios*. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/2d81733c-f647-46c2-b309-a32868d2606f/content> [Consulta: 22/01/2026]
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2025) *World report on social determinants of health equity*. Disponible en: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/equity-and-health/world-report-on-social-determinants-of-health-equity> [Consulta: 05/05/2026]
- Pert, C.B. (1997) *Molecules of Emotion: The Science Behind Mind-Body Medicine*. Londres: Simon and Schuster
- Piédrola Gil, G., del Rey Calero, J., Domínguez Carmona, M., Cortina Greus, P., Gálvez Vargas, R., Sierra López, A., Sáenz González, M.C., Gómez López, M.I., Fernández-Crehuet Navajas, J., Salleras Sanmartí, L., Cueto Espinar, A. y Getal Otero, J.J. (1991) *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Masson
- Porta, M. (2018) *Vive más y mejor: Reduciendo tóxicos y contaminantes ambientales*. Barcelona: Grijalbo
- Salleras Sanmartí, L. (1991) La salud y sus determinantes. *Anthropos: Boletín de información y documentación*, n.º 118-119, pp. 32-38
- Steiner, R. (1980) *Physiologie occulte*. Gèneve: Ed.anrthoposophiques Romandes
- Teruel Muñoz, C. (2023) Datos y hechos sobre benzodiacepinas y otros ansiolíticos e hipnosedantes. En: *XVI Encuentro Ágora de la DGPNSD. Medicamentos con capacidad adictiva: ansiolíticos e hipnosedantes (10 de octubre de 2023)*. Ministerio de Sanidad, Plan Nacional de Drogas. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/agoraDGPNSD/2023/Agora16/231010_XVI_AGORA_Cristina_Teruel.pdf [Consulta: 05/05/2026]

Folkmedicina en el siglo XXI. ¿De qué patrimonio hablamos?

Josep M. Comelles | Medical Anthropology Research Centre (MARC), Universitat Rovira i Virgili

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6133>

RESUMEN

El objetivo de este artículo es analizar, en primer lugar, la invención de taxonomías culturales como la folkmedicina, la medicina popular y otras, sus límites y su ocaso, para delimitar su valor patrimonial. En la segunda parte, se ejemplifica la propuesta de una nueva concepción de la folkmedicina a partir de un abordaje dinámico y complejo de las creencias y las prácticas vinculadas al proceso de medicalización, a partir del caso de la hegemonía del medicamento y su transición hacia la “parafarmacia”, con el objeto de reflexionar sobre la preservación de ese nuevo patrimonio.

Palabras clave

Antropología médica | Folkmedicina | Historia | Medicalización | Medicina | Mercado | Parafarmacia | Patrimonio cultural inmaterial | Saberes populares | Salud | Taxonomía |

Mercado de medicina oriental de Gyeong-dong, en Seúl | foto Gaél Chardon



Folk Medicine in the 21st Century. What Heritage Are We Talking About?

ABSTRACT

The aim of this paper is to analyse, first, the invention of cultural taxonomies, like folk medicine, their limits and their decline to establish its value as cultural heritage. In the second part, the proposal of a new conception of folk medicine is exemplified based on a dynamic and complex approach to the beliefs and practices linked to the medicalization process, based on the case of the hegemony of medicine and its transition to para pharmacy, in order to preserve this new heritage.

Key words

Medical anthropology | Folk medicine | History | Medicalization | Medicine | Market | Parapharmacy | Intangible cultural heritage | Popular knowledge | Health | Taxonomy |

Cómo citar: Comelles, J.M. (2026) Folkmedicina en el siglo XXI. ¿De qué patrimonio hablamos? revista PH, n.º 118, pp. 72-95. Disponible en: www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6133 DOI 10.33349/2026.118.6133

Enviado: 14/01/2026 | **Aceptado:** 30/03/2026 | **Publicado:** 10/06/2026

1

Mi agradecimiento a Enrique Perdiguero-Gil, Isabella Riccò, Tullio Seppilli, Paolo Bartoli, Paola Falteri, Coral Cuadrada, Lluís Mallart y Néstor Garriga. Este artículo hace referencia a medio siglo de investigaciones personales en este campo y que han dado lugar a publicar en ellas un amplio panorama bibliográfico internacional al que remito.

2

Luis García Ballester las etiquetaba como “medicinas sistemáticas”.

DIEZ AÑOS ATRÁS¹

“Aviat està dit: malalt, Deu t’ajut.”
(Amades 1935, 73)

“Al principio de la Transición Democrática, quizá incluso más de una década antes, en ámbitos urbanos, podía afirmarse ya que lo ‘popular’ era la penicilina, la aspirina o los tranquilizantes; mientras que la tila, los emplastos, las cataplasmas o los curanderos formaban parte de un pasado más o menos reciente. En ese contexto era necesario contemplar el pluralismo asistencial desde una perspectiva distinta, en la que [...] la *folk medicina*, si hubiésemos osado llamarla así, era la práctica cultural que en España giraba en torno al ‘seguro’, una puerta que se abría con aquella ‘cartilla’ de papel forrada de plástico y que contenía, mecanografiada, la lista de los ‘titulares’ y los ‘beneficiarios’. *Folk medicina* se traducía en un inmenso anecdotario pendiente aún de revisar y explotar basado en expresiones [...] como ‘coreografía’ por ecografía, o *idioms of distress* tan maravillosos como esa tarraconense que nos contaba que tuvo un ‘arrebato de colesterol’” (Perdiguero-Gil y Comelles 2015, 263-264).

Escrito hace una década, ponía de relieve que debían revisarse (Comelles 2022; Perdiguero-Gil y Comelles 2015a) conceptos como *folkmedicine* que habían sido una alternativa a “errores”, “supersticiones” o “prejuicios” (Comelles y DiGiacomo 2018), *primitive medicine*, *ethnomedicine* o “medicina popular”, “primitiva” o “tradicional” en lenguas latinas, con que los médicos (Pitrè 1896), los folkloristas (Amades 1980) y los antropólogos (Lisón Tolosana 1975) etiquetaron saberes y prácticas relativas a la salud, la enfermedad y la atención en sociedades campesinas o pueblos originarios que consideraban al margen de la medicina científica y experimental (Comelles 2016).

Erwin Ackercknetch (1906-1988) diferenció la “medicina prehistórica” —el registro arqueológico de la paleopatología—, la “primitiva” —el corpus de conocimiento de los pueblos originarios (Bourke 1892; Clements 1932; Rivers 2010)— y la *folkmedicine*, creencias y prácticas mágicas, empíricas y rituales propias de los mestizajes culturales en las sociedades *folk* (Redfield 1941, 1947). Ignoró las que tenían registros escritos². Siguiendo su consejo, Henri Sigerist (1891-1957) dedicó a las *primitive and archaic medicines* el primer volumen de su historia de la medicina (Sigerist 1951), el médico y polígrafo Antonio Castillo de Lucas (1898-1972) compiló la *folkmedicina ibérica* (Castillo de Lucas 1958) y Pedro Laín Entralgo (1908-2001) le dedicó el primer volumen de su *Historia Universal de la Medicina* reservando el último a la emergencia de las nuevas ciencias sociosanitarias

(Laín Entralgo 1971). Las consideran como un primer eslabón mágico que desembocaría en la ciencia.

Esa documentación etnográfica se inscribía en el neohipocratismo tanto si la escribían médicos (Comelles 2021) como misioneros y viajeros (Rubiés 2000). Tomaron el relevo la medicina colonial (Diasio 1999) y la antropología médica profesional (Comelles y Martínez-Hernández 1993; Saillant y Genest 2007).

El primer manual de esta última dedicó gran atención al *Non-Western World* (Foster y Gallatin Anderson 1978, 51-144), poca al *Western World* (Foster y Gallatin Anderson 1978, 145-162), salvo referencias a hospitales y profesionales (Foster y Gallatin Anderson 1978, 163-222). En un manual reciente (Singer, Erickson y Abadía-Barrero 2022, 651-653), la “etnomedicina” es una referencia marginal, *folkmedicine* no existe y el “pluralismo asistencial” se diluye en la agenda aplicada. Lo mismo sucede con la antropología médica española, en la cual estaban ampliamente representados el “folklore médico” (Comelles 2016; Seppilli 1983), las topografías médicas (Casco-Solis 2001; Larrea Killinger 1997; Prats 1996; Urteaga 1980) o los informes médico-sociales (Perdiguero-Gil y Comelles 2020). En cambio, en estados de la cuestión recientes, son marginales (Martínez-Hernández, Perdiguero Gil y Comelles 2015).

No cabe duda de que ese *corpus* es un patrimonio intangible susceptible de protección (Vadi 2007), pero también debe someterse a debate (Ricco 2020)³. La mirada etnográfica con la que se construyeron esas folkmedicinas locales partía de una mirada sincrónica: son diapositivas de la situación en un contexto histórico muy concreto, puesto que buena parte de la documentación procedía de la memoria de los informantes disponibles, de compilaciones precedentes de datos y de las observaciones de campo puntuales de sus autores. Sin embargo, el concepto mismo suponía invisibilizar la práctica profesional de la medicina técnica primero, y de la científico experimental después que, en su incorporación a las culturas locales, debería también considerarse patrimonio inmaterial.

Para aportar elementos a este debate, el objetivo de este artículo es analizar, en primer lugar, las razones y el significado de la invención de las folkmedicinas como taxonomías culturales y explicar su valor patrimonial, sus límites y su ocaso. En la segunda parte, proponemos un concepto de folkmedicina abierto que incorpora el conjunto de la oferta cultural sobre la salud, la enfermedad y la atención a partir de su vinculación a los efectos culturales del proceso de medicalización. Con el objeto de acotar una casuística inabarcable, lo ejemplificaremos con el caso de la hegemonía del medicamento en los saberes populares y su transición hacia la “parafarmacia” en España, para finalizar con una reflexión sobre la preservación de su potencial valor patrimonial.

3

Ver artículo de la misma autora, Isabella Ricco, en este número: *Medicina popular como patrimonio cultural inmaterial: entre la salvaguardia y la reinención glo-local*, pp. 96-115.

LA INVENCION DE LA FOLKMEDICINA

“Antes que este mal fuera visto,
Muera el mal y viva Cristo”
(Ensalmo popular gallego)

4

Die vier Grundpfeiler der Volksmedizin, das Blutlassen, Brechen, Abführen und die äusserlichen Mittel (Los cuatro pilares de la medicina popular: la sangría, el vómito, la purga y los remedios externos).

Heidenreich (1826)⁴ tituló *Volksmedizin* una compilación de remedios hipocrático-galénicos. El jurista evolucionista George Black (1857-1932) lo tradujo como *Folkmedicine*, para etiquetar el folclore escocés sobre la enfermedad (Black 1883). Esa resignificación hizo fortuna (Miller 2008). El folclorista Antonio Machado y Álvarez (1843-1896) lo tradujo, en 1889, como “medicina popular” (en Black 1982) y el médico y folclorista Giuseppe Pitrè (1841-1916) (1896) lo convirtió en objeto de estudio específico para la medicina (Comelles 2016). A Black le interesaba el tema para un debate teórico; a los médicos *condotti* italianos (De Nino 1891; Pitrè 1896; Zanetti 1892) establecer los límites culturales de su práctica como paso previo a la medicalización de las comunidades rurales. Para los folcloristas, la folkmedicina era un *survival* cultural; para los médicos, la persistencia del oscurantismo. Reconocían, sin embargo, la eficacia de muchos remedios populares empíricos y el valor de las prácticas femeninas frente a una medicina practicada por varones (Zanetti 1892). Pitrè hizo de la nosología popular un *pattern* cultural al margen de la medicina científica.

La medicina social, por su parte, impulsó las topografías médicas (Finke y Rosen 1946) en comunidades rurales, en ciudades industrializadas y en las colonias (Comelles 2016; Comelles y DiGiacomo 2018; Diasio 1999). Describían etnográficamente las condiciones de vida materiales y su influencia en la enfermedad y la salud. Los antropólogos tardaron en reconocer su profesionalidad como etnógrafos (Comelles 1998, 2000) y sus escritos influyeron en salubristas críticos como Maxime Kuczynski-Godard (1890-1967) (1944).

EL OCASO DE LA FOLKMEDICINA

“Val mes sentencia de metge que de botxi”
(Amades 1935, 71)

Desde su fundación, la Organización Mundial de la salud (OMS) incorporó a su agenda la medicina “primitiva” y la folkmedicina, un proceso que culminó con la Convención para la salvaguarda de ese patrimonio (ver nota 3 p.75; WHO 2003, 2013). Impulsó la participación de etnólogos para su sistematización, no sin controversia (Dorolle 1953; Seppilli 1956). Fue el punto de partida del desarrollo de la antropología médica aplicada (Caudill 1953; Paul 1955; Polgar 1962; Scotch 1963; Foster 1987), a pesar de las



El doctor Giuseppe Pitrè recopiló las tradiciones y costumbres populares de Sicilia | fuente *L'illustrazione popolare*. Milano: E. Fratelli Treves, 1898



Mba Owona en ritual curativo en Nsola Sud
Camerún a finales de los sesenta del siglo XX | foto
Fondo Lluís Mallart

advertencias de algunos académicos sobre el “riesgo” de su “medicalización” (Morgan 1990). Sin embargo, el objetivo de la disciplina ha sido siempre responder a preguntas que se hacían los médicos hasta que la etnografía desapareció de su formación (Comelles 1998, 2021).

La “medicina primitiva” (Kiev 1964) se convirtió en “etnomedicina” (Kutalek, Mnzenmeier y Prinz 2012; Walter 1981-1982) y “etnopsiquiatría” (Devereux 1973) ambas con trascendencia aplicada (Foster y Galatin Anderson 1978; Nathan 1986), pero que han permitido su salvaguarda como patrimonio inmaterial. Sin embargo, algunos médicos pensaron que debían desbordarse sus límites:

“Cada escuela médica, cada nuevo profeta de la patología, no limita su influencia tras los muros de la universidad o del hospital. Esa propagación y difusión en manos de los ignorantes que, lejos de las cátedras, las clínicas o las bibliotecas oyen con fruición y recogen con todo su celo cualquier palabra dubitativa y quizás incomprensible, y después reconocen frases y palabras que adaptan a su ignorancia y a su inteligencia. Es así como tras tantos siglos nuestro vulgo tiene aún supersticiones médicas, que pueden hallarse en las páginas de Averroes y Avicena y así cada día oímos la palabra ‘inflamación’, ‘crisis’ y ‘temperamento’ recosidas a cualquier expresión torpe y absurda. Quién sabe a cuántas supersticiones va a dar lugar en el vulgo la doctrina de los ‘microbios’. Cuándo estará adoptada y modificada por el trabajo de destrucción científica, los bacilos actuarán en forma fantástica o mágica en la mente de las clases ignorantes” (Mantegazza [1892] 1978, 15).

Por eso la publicidad de un detergente doméstico puede afirmar que “limpia tanto que desinfecta más” validando esa profecía y permitiendo comprender el *embodiment* de la doctrina microbiana en los saberes y prácticas populares actuales de la mano del proceso de medicalización. Sin embargo, su estudio no se desarrolló hasta que la historiografía marxista propuso estudiar las clases populares urbanas (Thomson 1968), junto a la historia de las mentalidades (Darmon 1988; Herzlich y Pierret 1984; Léonard 1977) y la microhistoria (Davis 2008).

5

Ver las aportaciones autoetnográficas sobre género, migraciones, de la salud mental, *aging* y los cuidados.

6

Sin embargo, hay archivos personales, audiovisuales, escritos autobiográficos o auto etnográficos, y estudios específicos.

El médico y antropólogo Cecil Helman (1978) describió precozmente esa nueva folkmedicina a partir de las transacciones culturales que tenían lugar entre los pacientes y médicos tras la implantación del National Health Service en el Reino Unido. El desarrollo posterior de la antropología *at home* en Occidente condujo inevitablemente a la ruptura de esos límites puesto que era necesario definir qué significa hoy “popular” en el contexto de los debates sobre la condición mestiza de la producción cultural actual y su fortísimo dinamismo que pone límites a las “diapositivas” de la vieja folkmedicina. Un ejemplo muy evidente tiene que ver con la necesaria patrimonialización de la fase del estado de alarma de la reciente pandemia (Evangelidou y Martínez-Hernández 2020). Se comprendió inmediatamente que era necesaria la creación de bancos de memoria, pero que van mucho más allá de ese periodo concreto. Trantan de recuperar la memoria de los profesionales que se jubilan (Guilera Roche, Ramió Jofre y Torres Penella 2024) pero también describen, a escala local, las prácticas de autoatención⁵, las nuevas formas culturales de interacción cotidiana entre los actores sociales, con el funcionamiento de los dispositivos asistenciales y la oferta del pluralismo asistencial (Perdiguero-Gil y Comelles 2020).

El principal problema metodológico para abordar el concepto de folkmedicina que propongo es la enorme fragmentación y diversidad de las fuentes publicadas u orales, limitadas por la desaparición de generaciones enteras de informantes (Comelles, Alemany y Francès 2013; Sirvent Ribalta y Comelles 2025)⁶. Disponemos de piezas sueltas de un *puzzle*, pero nunca suficientes para construirlo entero; sí podemos contextualizar la evolución de los dispositivos asistenciales, de las expectativas de los profesionales, de la legislación y del contexto culturales global y local que permiten “comprenderla”, aunque no siempre “explicarla” (Terradas Saborit 1985). La sociedad actual no puede estudiarse encorsetada en el *community method* clásico (Arensberg 1954) ni entender el *medical pluralism* (Leslie 1980) sin las características locales del proceso de medicalización. A menudo las investigaciones sobre este ámbito se basan en la primacía de las entrevistas con informantes o en grupos focales estructuradas a partir de conceptos como los *health seeking behavior* (Haro Encinas 2000) o los *explanatory models* (Kleinman 1980), y amortizado el viejo concepto de “sociedad folk” (Redfield 1947) y muy a menudo sin tener en cuenta el valor de la mirada del etnógrafo. Por eso resulta útil la



Venta de raíz de ginseng en mercado local de Seúl (Corea del Sur). La medicina popular atribuye diversos beneficios al consumo oral de las raíces de ginseng americano y asiático | foto Rita Willaert

distinción que Arthur Kleinman (1980) hiciera entre un sector “popular”, uno folk que agrupaba a los “artesanos” de la sanación (Ricco 2015, 2018, 2019) y el sector “profesional” que correspondía exclusivamente a las profesiones sanitarias cuando lo propuso. Hoy el sector profesional incluye no solo a las profesiones sanitarias clásicas sino a un nuevo mercado amplísimo de productos y servicios destinados a la salud y que incluyen la nutrifarmacia, la dermofarmacia, las ofertas psicoterapéuticas basadas en religiones orientales o en lo que antaño podíamos describir como “sector folk”.

El concepto de “autoatención” como primer nivel de atención y el de *ethnoscape* (Appadurai 1996), que describe su diversidad a partir de la dinámica de los mestizajes culturales locales derivada de la teoría crítica poscolonial, son fundamentales para poder contextualizar la documentación etnográfica, puesto que hoy la autoatención se compone de *ethnoscaapes* en permanente

evolución encuadrados por la evolución del mercado del pluralismo asistencial, por la evolución técnica y profesional del mercado médico (Menéndez 2020) y por variables étnicas e influencias culturales insertas en *ideoscapes* y *mediascapes* (Appadurai 1990). Desde esta perspectiva, el patrimonio inmaterial en este campo desborda los límites de la folkmedicina clásica puesto que debe documentar los significados culturales de la evolución del mercado asistencial, la influencia de las políticas y de la legislación sanitarias y su inscripción en las nuevas estrategias de comunicación. Un caso ilustrativo es la transición del remedio popular a la hegemonía del medicamento industrial, la resignificación del negocio de farmacia hacia el cuidado del cuerpo y la salud en la España actual.

LOS REMEDIOS POPULARES Y LA HEGEMONÍA DEL MEDICAMENTO EN LAS FOLKMEDICINAS

7

Fragmento del anuncio histórico del medicamento OKAL. Se puede acceder al anuncio completo con su melodía más conocida en *Youtube*, publicado por Luis Ángel Gálvez Villar el 13 de febrero de 2014 [Consulta: 14/12/2025].

8

Contenía ácido acetilsalicílico, glicina como tampón gástrico, excipientes y aroma.

9

“Feliz sin dolor todo el día, Calmante Vitaminado le devuelve la alegría” (Edery-Benchluch 2014).

10

Contenía bromuro de potasio, cafeína, carbonato de litio y bicarbonato.

“La tableta Okal es hoy,
el remedio más sencillo
yo a ninguna parte voy
sin llevarla en el bolsillo
y cuando emprendo un viaje
por lo que pueda pasar
al hacerme el equipaje
pongo una tableta Okal”⁷

En 1946, Laboratorios Medical (Córdoba) encargaron esta cuña radiofónica para su tableta “contra el dolor, dolores de cabeza y muelas, jaqueca, enfriamientos, gripe, reglas dolorosas”⁸. No cabe duda que Okal formaría parte de las folkmedicinas en la Andalucía del franquismo, a partir de la influencia de la radio en las familias y las mujeres que cosían o tejían juntas (Gómez Rodríguez 2005). En 1972 era algo común que al ambulatorio de San Fernando (Cádiz) viniesen pacientes o familiares porque antes “le habían dado al paciente un Okal y como no le había hecho nada”. En Cataluña, en cambio, eran las aspirinas⁹ o eran productos baratos de venta libre, como el Cerebrino Mandri¹⁰ para “cerebros fatigados” y formaban parte de la “medicina popular”. A los folcloristas no les interesaba documentarlo (Comelles y Perdiguer-Gil 2014) y las topografías ya eran residuales (Casco-Solís 2001; Urteaga 1980), pero esas coplas configuraban las folkmedicinas locales en un tiempo en que el medicamento industrial estaba resignificándose a partir de la experiencia de los grupos primarios con su uso (Plaza y Comelles 2015; Sirvent y Comelles 2025, 40-48).

El pluralismo asistencial desde la Edad Media (Ballester Añón, López Terrada y Martínez Vidal 2002) permite documentar las relaciones entre los remedios populares y los de botica (Valverde López y Hortigüela 1971), incluidos los

afeites destinados a las mujeres (Cabré 2016) que están documentados en tratados médicos y libros de popularización (Perdiguero 1992; Porter 1992) y, desde el siglo XIX, presentes en la publicidad y la prensa popular (Goulet 1987; Robles Ávila 2024). Algunos los recogió la paremiología (Amades 1935); otros, las hemerotecas (Perdiguero-Gil 2017; Perdiguero-Gil y Comelles 2014).

En España, el medicamento “industrial” se desarrolló a finales del siglo XIX y se fundaron centenares de “laboratorios” locales (González Bueno y Rodríguez Nozal 2018; Valverde López y Hortiguera 1971), que exigieron regulaciones administrativas hasta su reciente concentración empresarial (Lobo 1982). Comercializaban sus presentaciones a partir de relatos sobre la “eficacia” sintomática o etiológica (Perdiguero-Gil 2012), avalados por los “apóstoles de la ciencia” (Kruif 1954; Silverman 1943; Barceló-Prats y Comelles 2025). La eficacia de las antitoxinas y el papel de las vacunaciones antes de los antibióticos explican el papel de la farmacia en la construcción de los botiquines domésticos así como el declive del sector *folk* artesanal (Albarracín Teulón 1972; Riccò 2015). Su único obstáculo era el coste de la atención médica y la factura de la farmacia.

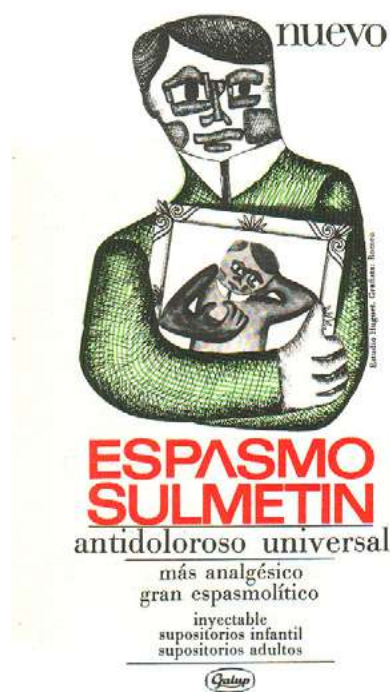
“Deu cura i el metge cobra”
(Amades 1935, 71)

La fundación del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) en 1944 debe ser considerada un hito en el proceso de medicalización en España y en la evolución de las folkmedicinas fruto de un despliegue local y regional lento y desigual, sobre todo en las comarcas poco “desarrolladas”. Influyó de modo irreversible en la “cultura sanitaria” de la población y estructuró las nuevas folkmedicinas y su desarrollo hasta la Ley de Sanidad de 1986, que permitió su universalización (con muchos matices locales) por el modelo sanitario derivado de su despliegue en las comunidades autónomas una vez transferidas las competencias (Comelles, Zarzoso y Barceló-Prats 2026). Han consagrado la hegemonía del medicamento en la terapéutica (Comelles 1992) y la del hospitalocentrismo como referencia asistencial (Comelles i Esteban, Alegre Agís y Barceló i Prats 2017) como rasgos estructurales en las folkmedicinas actuales. Es posible observar cambios en los rituales en la relación entre médicos, pacientes y sus “burbujas” (Comelles 2023), y en la resignificación de diagnósticos, de la prescripción y de la dispensación terapéuticas (Comelles 2004). Todo a partir de la evolución de la oferta pública de servicios y del mercado médico público y privado (Vilar-Rodríguez y Pons-Pons 2018), de la introducción de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas y de las nuevas formas de organización hospitalaria (Comelles i Esteban, Alegre Agís y Barceló i Prats 2017).

Sin embargo, la administración pública durante el franquismo no tuvo interés por la educación para la salud (Bueno Vergara y Perdiguero Gil 2019;



Anuncio de Aspirina Bayer (1941) | fuente Fotos (revista)



Publicidad de supositorios | foto Carmen Alonso Suarez

Redondo Rincón y González Bueno 2013; Terron, Comelles y Perdiguero-Gil 2017). La compensó con el desarrollo de la publicidad en los medios de comunicación; menos la cinematografía, pero más la radio y la televisión (Bustamante 2013) jugaron un papel importante en la configuración de una nueva cultura popular (Gracia 2004) e influyeron en la sanitaria (Prat, Pujadas y Comelles 1980), favoreciendo cambios en la representación ideal del médico (Comelles 2024), que se describía así antes del SOE:

“[...] en todas las cabeceras de los enfermos graves había siempre en su mesilla y en el tablero de la cama una serie de estampas de vírgenes, cristos y santos milagrosos que intercedían y protegían al enfermo durante su grave enfermedad. Y siempre aparecía algún pariente o vecina que le traían una nueva postal de un nuevo santo que había hecho no sé cuántos milagros en pacientes ‘incurables’. Un buen barómetro de la fe en el médico de marras era la cifra de estampas. Si no veían claro la pericia sanadora de médico, las estampas aumentaban al mismo ritmo que disminuía la fe en la ciencia del galeno de turno” (Chamorro 2002, 46).

“Después de saludar a la persona que los recibía, pasaban a la cámara del, o de la enferma, donde se sentaba en una silla al lado de la cama, al borde del cabezal (...). Entonces hacía una exploración del enfermo al que iba observando su aspecto, incluido su olor haciéndole las preguntas adecuadas. Le tomaba el pulso de la muñeca mirando el reloj de oro que había sacado del bolsillo del chaleco. Si, el chaleco, una pieza de vestir que se llevaba debajo de la americana; hay que decir que los médicos iban, siempre, muy bien vestidos y arreglados, generalmente con camisa blanca y un cuello duro y almidonado. Observaba la boca y la garganta, deprimiendo la lengua con una cuchara sopera que le habían servido cuidadosamente con un plato, junto con una lámpara para iluminar la cavidad bucal. Después pedía la orina y observaba su aspecto. Acto seguido pasaba a un rincón de la cámara, donde había una palangana con agua tibia, si era en invierno, y jabón para lavarse las manos, que se secaba con una toalla blanca que le ofrecía la ama de la casa. Después, especialmente si el caso era grave, hacían pasar al médico a otra pieza, para poder hablar libremente de la situación real del enfermo. Como es lógico, lo que interesaba a la familia era el pronóstico, y si éste era pesimista, se planteaba la conveniencia de una consulta para conocer la opinión de otro médico” (Altés i Pineda 2005, 259-260).

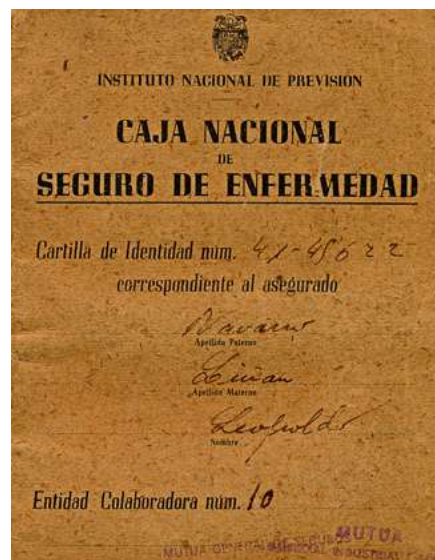
Tras la implantación del SOE, el médico [...] ya no es más que “el tío del volante”. “El papeleo nos vuelve locos. Pero aguarde usted, amigo, que la gente no hace más que pedir: ‘Don Cecilio, que necesito algodón y alcohol para las inyecciones esas que usted me mandó’; ‘Don Cecilio, que quiero que me mande usted otra vez aquellas pastillas que me sentaron tan bien’ ... y aspirinas, y supositorios, y colirios (...) Se recetan ellos mismos y ¿qué ha

de hacer uno: ¿estarse enfrentando a cada momento con la gente, llevándose disgustos y más disgustos?” (De Lera 1966, 58).

A los beneficiarios, “cartilleros”, “08 barra”¹¹ los médicos los despreciaban por su vindicación del derecho a ser asistidos porque “pa eso pago el seguro”. De ahí, “[...] la desconfianza es igual en el que asiste corrientemente a una familia cualquiera como en el que se va a consultar en otra zona, a menos que tenga un gran prestigio; [...] si no han conseguido un rápido éxito en sus prescripciones con determinados enfermos. Y como estas desconfianzas han nacido desde que apareció el Seguro, creemos que este organismo ha hecho más patente el derecho a la salud, el temor a las enfermedades largas y el deseo incontenible de curar pronto cualquier afección tenga o no gravedad. [...] Es preciso que haya una penicilina distinta para cada enfermedad; no basta que ésta siga un curso favorable, como nos indica la práctica, y que haya médicos vigilantes a todas horas, lo que se desea simplemente es que el enfermo cure rápidamente. Todo el mundo cree que estamos ya en la era de las curaciones rápidas; que no hay más que exigir las para tenerlas, y si el médico no lo consigue es un inepto o un equivocado, que está haciendo perder el tiempo para que lleguen todas las complicaciones y el enfermo sucumba” (Polo y Fiayo 1959, 35).

A los facultativos les costaba reconocer ese cambio cultural que afectaba a su idealizada identidad profesional y que ponía de relieve su nuevo papel en la toma de decisiones en el seno de la autoatención (Perdiguero-Gil y Comelles 2014). El SOE sabía que la atención y prescripción gratuitas eran esenciales para ensanchar la base social de soporte del régimen (Comelles et ál. 2020). La gratuidad explica la masificación de la demanda, la crisis definitiva del sector folk artesanal y la confianza ilimitada en el medicamento industrial en el contexto de la diseminación de las prescripciones de antibióticos (Comelles 2004). Tanta es la demanda por el acceso gratuito a los médicos y a sus prescripciones con cargo al “petitorio” que motivó la creación de la lista de medicamentos autorizada (Redondo Rincón y González Bueno 2013). A diferencia de otros países cuyos dispositivos ya giraban en torno al hospital (Gorsky 2008; Steudler 1973), el SOE tardó décadas en hacerlo por falta de recursos. Solo ofrecía en sus residencias atención maternal (Bosch Marín, Sáenz de Tejada y Cámara 1950) y quirúrgica, y dejaba la atención médica a los ambulatorios (Bravo et ál. 1979; Candel 1976), hasta que la Ley de la Seguridad Social de 1967 abrió la puerta de los hospitales a la patología médica (Perdiguero-Gil y Comelles 2017, 2019a, 2019b).

En los ambulatorios ejercían médicos “de zona” urbanos y, en el mundo rural, médicos titulares. Prescribían sin cortapisas antibióticos, percibidos como “milagrosos”, y generalizaron el valor de cualquier otro medicamento como solución a cualquier patología. La visita médica se convirtió en una expendedoría de recetas, de partes de baja laboral y de volantes para prue-



Cartilla del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) | fuente Anual

11

08 o 28 barra era el modo como los profesionales hacían referencia a los poseedores de la cartilla del seguro.

12

Entre 1985 y 1987 se investigaron 235 botiquines domésticos en Tarragona que contenían más de 12.000 fármacos. Escasos eran en ellos los “remedios populares” y las hierbas medicinales, salvo si venían en presentaciones farmacéuticas. Se guardaban por “si hacían falta” y por su “eficacia” comprobada según la experiencia local construida a partir de transacciones complejas (Comelles 1992; Menéndez 1990; Romani y Comelles 1991).

bas diagnósticas o para ingresar en las “residencias” (Comelles 2004, 2023). Prescribir era una obligación facultativa, “porque paeso pago” y su dispensación masiva en envases no personalizados permitía acumular sobrantes en los botiquines domésticos (Comelles 1992; Puche et ál. 1982)¹². Esta hegemonía en la autoatención fue común a muchos países (Jefferys, Brotherton y Cartwright 1960), pero a raíz de la crisis de la talidomida (Vargesson 2015), médicos y farmacéuticos advirtieron del “peligro de la automedicación” (Knapp, Knapp, D.E. y Engel 1966; Redacción, 1969), pues “es en verdad sorprendente ver con qué facilidad se puede entrar en una farmacia, adquirir en ella medicamentos sin receta o con la exhibición de una receta antigua y tomarlos después por cuenta propia. Existirá sin duda una reglamentación sobre el particular, pero la experiencia nos demuestra que no hay serios obstáculos para automedicarse, a menudo con muy graves consecuencias para el que así procede” (Cianófilo 1962).

De ahí su “abuso en las regiones más civilizadas”:

“hay muchos enfermos y pseudoenfermos que gustan salir de la visita al médico con una receta repleta de medicamentos en todas sus formas. No diré con ello que el médico recete lo que no deba recetar, pero sí que muchos

Lavabo de Habitación 414 | foto Nuria García



enfermos a quienes el médico mandaría a casa sin más medicación que un descamo, una dieta o un simple analgésico, se creen desatendidos si no se les receta alguna o algunas medicinas, y en este estado de ánimo llegan a violentar moralmente al médico, quien, hombre al fin, se ve forzado a recetar para que el enfermo salga contento de la consulta” (Arderiu Pallerols 1962, 36).

La automedicación estuvo presente en los debates sanitarios (Comas y Jordi González 1973; Jordi 1974; Prieto Lorenzo 1977) destinados a reclamar su control. La ley del medicamento de 1990 (Ley 25/1990) revisó la acreditación de medicamentos, redujo a unos centenares las moléculas prescribibles, consagró las “especialidades farmacéuticas publicitarias” (EFP) de venta libre y abrió las puertas a la parafarmacia, productos registrados simplemente comunicando sus componentes y prohibiendo que se sugiriese algún valor terapéutico. Y esto repercutió en la configuración de las folkmedicinas locales.

CUIDE SU CUERPO Y CUIDE SU PIEL

“Para juventud, belleza y lozanía
Bella Aurora, cada día”¹³

Durante el franquismo, las perfumerías de barrio vendían colonia y cremas de belleza; las farmacias yogures y agua mineral con gas. En 1965, un laboratorio de Terrassa comercializó un gel de baño cuyo tensioactivo eran lipoproteínas y le añadió colágeno para proteger la piel. Se vende aún exclusivamente en farmacias con caja y prospecto. Entró en el “petitorio” porque no había alternativa y se promocionó mediante visita médica a dermatólogos. En las siguientes dos décadas se generalizó el concepto de “venta exclusiva en farmacias” para productos que podían inscribirse en un imaginario cultural fruto de la extensión en la confianza en su composición facultativa pero asimismo en la que proporcionaba la “auctoritas” del farmacéutico propietario de la oficina.

13
Cuña radiofónica.

Desde la Transición, se produjo una lenta evolución entre la “cultura de enfermedad” que avalaba el SOE franquista hacia una nueva “cultura de la salud”, alineada con las tendencias dominantes en Occidente (Perdiguero-Gil y Comelles 2019a, 2019b). La seguridad social quería limitar el gasto farmacéutico, revisar las estrategias comerciales y reorganizar la industria (Lobo Aleu 1985, 1982) y la prensa profesional, como *El Farmacéutico*, reclamaba ampliar el mercado de productos no sujetos a prescripción, cuando aún no existían las cadenas de *retailers* de cosmética y parafarmacia. Desplazaba hacia los ciudadanos la responsabilidad personal –a costa de sus recursos– sobre el cuidado individualizado. Suponía privatizar la salud, el cuidado del cuerpo y la prevención en general, que se asociaba a alentar el ejercicio



Eslogan Infarma 2025: El futuro centrado en los pacientes | foto Josep M. Comelles

físico y la alimentación saludable (Egbe, Alegre Agís y Comelles i Esteban 2017), entre otros aspectos. A escala global, esta política corresponde a la transición económica entre el fordismo –representado por una industria farmacéutica multinacional que comercializa un número limitado de moléculas “terapéuticas”– y el post fordismo caracterizado por la expansión infinita de la oferta de productos y servicios para el cuerpo y a la salud incluidos bastantes “malestares” (Martínez-Hernández 2006).

En 2024, según Fortune (Fortune Business Insights 2026), este sector, que no incluye la economía de servicios, valía unos 18 billones de dólares y se estima que se doblará en adelante por encima del crecimiento más lento del negocio farmacéutico clásico. Se basa en una oferta de miles de marcas y cientos de miles de presentaciones, en manos de multinacionales como L’Oréal o Puig, y de empresas medianas y pequeñas que buscan, personalizándose, penetrar en ámbitos discretos de la población. Su distribución no se limita a la farmacia, sino que se hace en *retailers* especializados, en estantes específicos en supermercados, franquicias de marca y en Internet. Aunque el mercado potencial es infinito, no se puede uniformizar la oferta si quiere penetrar en *ethnoscapes* y *mediascapes* estatales, regionales o locales, y en las singularidades individuales –*think different*–. Además, la mediación entre la comercialización y los clientes persigue la fidelización vinculada a identidades personales (“Es mi rutina de salud o de belleza, pero es la mía”). La pandemia

mostró que las decisiones respecto a la crisis se construían reconfigurando la autoatención y reorganizando los saberes y prácticas populares (Comelles 2022; Comelles y Guix Olver 2022; Tria Parareda 2020). La crisis funcionó como un gatillo para tomar conciencia de la complejidad que se ocultaba tras las decisiones puramente sanitarias, pero también identitarias, en las burbujas. Los botiquines domésticos de los ochenta eran repositorios colectivos de medicamentos; los actuales armarios de las salas de baño muestran la diversidad de los productos de salud según el perfil de sus miembros.

El hecho de que la parafarmacia incluyera al paracetamol, el ibuprofeno o las cremas antifúngicas, entre muchos otros medicamentos, supuso aceptar que la automedicación ya no podía ser un peligro aunque sí haya sospechas sobre malos usos. En el caso de la nutrifarmacia lo que se oferta –como el colágeno alimentario– no es distinto del que contiene una alimentación más o menos sensata pero lo avala el valor simbólico de la farmacia que justifica el sobrecosto que supone así como la alarma ante las intolerancias alimentarias –el gluten, etc.– o a los riesgos asociados a beber leche de vaca en favor de las bebidas de soja transgénicas... En el caso de la dermofarmacia, frente a una etapa ya superada en que cualquier crema podía ser utilizada, se pasa a una nueva forma de conocimiento, en buena parte obtenido de Internet, en el cual emergen peligros relativos a las composiciones –parabenes, perfumes– y a sus efectos sobre pieles atópicas o eczematosas.

Los papeles de mediación ya no corresponden a los sanitarios (ni siquiera a los farmacéuticos representados por la oficina de farmacia atendida por mancebos) sino a nuevos mediadores, entre los cuales están las relaciones físicas cara a cara y, hoy, las redes sociales donde han emergido figuras como la del *influencer* más o menos profesionalizado. Ya en 2009 la campaña de Danacol en las televisiones generalistas, un alimento funcional para reducir la colesterolemia, en lugar de utilizar un facultativo como referente, escenificaba una escena familiar cuya protagonista era la esposa, los médicos no existían (Egbe, Alegre Agís y Comelles i Esteban 2017). No se trata de prescribir, sino de “recomendar”, basándose en la identificación entre el actor social y el *influencer* que ofrece confianza y complicidad. Son gente joven o madura, hombres y mujeres que se expresan con el mismo lenguaje que las burbujas locales en las que quieren influir. De ahí, que los comentarios sobre dermofarmacia en Google den lugar a nubes de palabras que ponen de relieve cuán profundamente han penetrado estos relatos en las folkmedicinas¹⁴.

Este nuevo lenguaje es apropiado por los creativos publicitarios, que deben ser buenos etnógrafos para proyectar sus mensajes en entornos cualitativamente significativos. En ferias destinadas a farmacéuticos, como Infarma¹⁵, ya no se exponen medicamentos prescribibles porque estos productos los “venden” los médicos y los cofinancia el Estado. En la feria se muestra a far-

14

Estudio realizado en 2023 sobre los comentarios en Google a la gama de productos de una pyme catalana.

15

Es la mayor feria anual de parafarmacia organizada por los Colegios de Farmacéuticos de Barcelona y Madrid.



Nube de palabras. Análisis de los comentarios en Google | fuente Vectem SA 2023

16

Se puede tener acceso a su ponencia con título Farmacéuticos que crean valor: estrategias para una experiencia cliente y una venta diferenciadas en la web de Infarma, encuentro europeo de farmacia.

17

Palabras de Pilar Ramos Ortiz, Comunicación & Social Media Manager en Professional Beauty España, filial del grupo internacional líder en eventos y medios de belleza, Professional Beauty Group, en su entrada publicada en la web en enero de 2026, con el título “La profesional como intérprete de la piel; leer lo que la piel dice más allá del diagnóstico técnico”.

macéuticos y mancebos con un relato que se ajuste a lo que solicitan sus clientes, añadiendo valor tratando de conciliar la “eficacia antiarrugas”, o con un lenguaje que remite vagamente sobre la “evidencia científica” añadiendo “antioxidantes” o “detox”. Sin embargo, también se promocionan “productos naturales” compatibles con la idea de “eficacia con pureza”, añadiendo referentes *folk*, o se remite a las filosofías orientales tanto en dermofarmacia como en nutricosmética. El aceite de hígado de bacalao de nuestros abuelos es hoy Omega3, y los aceites esenciales y parte de los componentes de las farmacopeas de antaño son hoy una garantía. De ahí que pueda combinarse la “nanotecnología”, fruto de una “artesanía de la salud” basada en el hipocrático poder de la naturaleza, o incorporar la alquimia o el “milagro” al relato. En Infarma2025, la antropóloga Montserrat Soler describió¹⁶ etnográficamente estos cambios para proponer una alternativa a la dispensación tradicional. Describe la farmacia como un espacio proactivo de promoción, consejo y venta, en el que la relación con los clientes ya no puede ser unidireccional como antes sino fruto de una dialéctica a partir de la idea de que “el diagnóstico ha sido tradicionalmente un proceso técnico: observar la piel, identificar un estado y aplicar un tratamiento adecuado. Sin embargo, el escenario que se perfila hacia 2026 exige ir un paso más allá. La piel no solo se analiza, también se interpreta”¹⁷.

No es solo aconsejar, sobre todo “comprender” el contexto del cliente para dar valor, que exige una mirada etnográfica al mancebo de botica, porque remite a valores, símbolos culturales, significados y emociones. Descrito así, la farmacia resignifica su identidad profesional y se sitúa en el sector profe-

Juntos cuidamos de su salud al completo. Eslogan en Infarma 2025 | foto Josep M. Comelles



sional como una oferta de servicios personales, que no excluye el debate sobre el concepto de farmacia comunitaria.

2025

“Els remeis baixen del cel”
(Amades 1935, 77)

Revisar el concepto de folkmedicina que he propuesto con el objeto de discernir su condición de patrimonio inmaterial ya no puede dar lugar a una diapositiva como cuando se hablaba de “medicina popular” hace un siglo. Exige un debate sobre cómo acotar el problema, pero sobre todo exige combinar historiografía y etnografía en un contexto interdisciplinar para discernir su valor (Perdiguero-Gil y Comelles 2015). La pandemia permitió abordar historiográficamente las epidemias anteriores (Campos, R., Perdiguero-Gil, E. y Bueno 2020), etnografiar el presente, reflexionar sobre sus implicaciones (Comelles y Guix Oliver 2022) e intensificar la recuperación de las memorias personales y profesionales (Taberner Curado, Domènech Vergés e Iglesias Masferrer 2020; Evangelidou y Martínez-Hernández 2020; Sirvent Ribalta y Comelles 2025). Este proceso significa patrimonializar el conocimiento construido mediante la experiencia de la pandemia que ha dado lugar a un fondo documental y audiovisual, sobre el cual podemos disponer de herramientas metodológicas y de estrategias para abordar la descripción etnográfica de las folkmedicinas actuales situándolas en un proceso de medicalización específico que permite construir su genealogía. Sin embargo, no puede hacerse exclusivamente desde un presente etnográfico por su compleja y diversa evolución. El caso de la hegemonía del medicamento y su evolución a la parafarmacia pretende ilustrar la complejidad del caso y poner de relieve que, en España, es indispensable partir de la construcción de las folkmedicinas durante el franquismo que repercute sobre tres generaciones de ciudadanos y de profesionales y que es indispensable para comprender la evolución de ese mercado (Bueno Vergara y Pediguero-Gil 2022). Sin embargo, como cuando el objetivo fue rescatar el mosaico de culturas por parte de folkloristas, etnógrafos y antropólogos, en el momento presente es indispensable la recuperación de la memoria viva de los supervivientes, crear repositorios de memoria y evaluar las fuentes literarias, artísticas y audiovisuales para que podamos comprender qué significaron en su momento el “paesopaguismo”¹⁸, el Okal, las cartillas del seguro, las “residencias” y los “celadores”; y cómo ahora lo hacen las “rutinas de salud y de belleza”.

18

Expresión coloquial con que los médicos del seguro franquista etiquetaban a los pacientes que exigían recetas porque “paeso pago”.

BIBLIOGRAFÍA

- Albarracín Teulón, A. (1972) Intrusos, charlatanes, secretistas y curanderos. Aproximación sociológica al estudio de la asistencia médica extracientífica en la España del siglo XIX. *Asclepio*, vol. 24, pp. 323-366
- Altés i Pineda, A. (2005) Metges de després de la Guerra Civil a Vic. Gimbernat. *Revista Catalana d'Història de la Medicina*, n.º 43, pp. 259-264
- Amades, J. (1935) *Oracioner i refranyer mèdics* (edició facsímil). Introducció de Ramón Gomis. Biblioteca de Tradicions populars-Associació Cultural Joan Amades
- Amades, J. (1980) *Folklore de Catalunya. Costums i Creences*. Barcelona: Editorial Selecta
- Appadurai, A. (1990) Disjuncture and Difference in the Global cultural Economy. *Theory, culture y society*, vol. 7, n.º 2-3, pp. 295-310
- Appadurai, A. (1996) *Modernity at Large: Cultural Dimensions of Globalization*. University of Minnesota Press
- Arderiu Pallerols, J.M. (1962) Abuso de medicamentos. *Destino*, n.º 1323, pp. 36-37
- Arensberg, C.M. (1954) The Community-Study Method. *The American Journal of Sociology*, vol. 60, n.º 2, pp. 109-124
- Ballester Añón, R., López Terrada, M.L. y Martínez Vidal, A. (2002) La realidad de la práctica médica : el pluralismo asistencial en la monarquía hispánica (ss. XVI- XVIII). Introducción. *Dynamis*, vol. 22, pp. 21-28. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/92752> [Consulta: 17/04/2026]
- Barceló-Prats, J. y Comelles, J.M. (2025) De la radioterapia a la cobaltoterapia. Orígenes y evolución de la oncología en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona (1901-1969). *Asclepio*, vol. 77, n.º 1, 1276. Disponible en: <https://doi.org/10.3989/asclepio.2025.1276> [Consulta: 21/04/2026]
- Black, G. (1883) *Folk-Medicine. A Chapter in the History of Culture*. Eliot Stock for the Folk-lore Society
- Black, W.G. (1982) *Medicina Popular. Un capítulo en la historia de la cultura* (1.ª ed. facsímil de la edición de 1889). Barcelona: Alta-fula
- Bosch Marín, J., Sáenz de Tejada, V. y Cámara, J.P. de la (1950) *270.000 partos. Sus enseñanzas sanitarias*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión
- Bourke, J.G. (1892) *Apache Medicine-men*. Dover Publications
- Bravo, F., Miguel, J.M. de, Polo, R., Reventós, J. y Rodríguez, J.A. (1979) *Sociología de los ambulatorios. Análisis de la asistencia sanitaria primaria en la seguridad social* (prólogo de Felip Solé Sabarís). Barcelona: Ed. Ariel
- Bueno Vergara, E. y Perdiguero Gil, E. (2019) Mejor curar que prevenir: dispositivos asistenciales y actividades preventivas en el primer franquismo. En: Moreno Seco, M., Fernández Sirvent, R. y Gutierrez Lloret, R.A. (ed.) *Del siglo XIX al XXI. Tendencias y debates: XIV Congreso de la Asociación de Historia Contemporánea, Universidad de Alicante 20-22 de septiembre de 2018*. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, pp. 1972-1983
- Bueno Vergara, E. y Perdiguero-Gil, E. (2022) Los estudios sobre salud y enfermedad en el Franquismo: una tarea en curso. *Historia Actual Online*, n.º 59, pp. 187-206. Disponible en: <https://doi.org/10.36132/haov.3159.2269> [Consulta: 21/04/2026]
- Bustamante, E. (2013) *Historia de la radio y la televisión en España*. Barcelona: Editorial GEDISA
- Cabré, M. (2016) Keeping Beauty Secrets in Early Modern Iberia. En: Rankin, A. y Long, E. (ed.) *Secrets and Knowledge in Medicine and Science, 1500-1800*. Routledge. pp. 167-190
- Campos, R., Perdiguero-Gil, E. y Bueno, E. (ed.) (2020) *Cuarenta historias para una cuarentena: reflexiones históricas sobre epidemias y salud global*. Madrid: Sociedad Española de Historia de la Medicina. Disponible en: <https://sehm.es/wp-content/uploads/2020/08/Cuarenta-historias-para-una-Cuarentena.pdf> [Consulta: 21/04/2026]
- Candel, F. (1976) *Ser obrero no es ninguna ganga*. Barcelona: Editorial Laia
- Casco-Solís, J. (2001) Las topografías médicas: revisión y cronología. *Asclepio*, vol. 53, n.º 1, pp. 213-244. Disponible en: <https://doi.org/10.3989/asclepio.2001.v53.i1.178> [Consulta: 16/04/2026]
- Castillo de Lucas, A. (1958) *Folkmedicina: medicina popular, folklore médico, etnomedicina, demoiatria etnoiátrica*. Madrid: Dossat
- Caudill, W. (1953) Applied Anthropology in Medicine. En: Kroeber, A. (ed.) *Anthropology Today*. Chicago University press, pp. 771-806
- Chamorro, J. (2002) *Recuerdos de una vida*. Ediciones Dileante
- Cianófilo (1962) El consejo del doctor. La automedicación puede ser muy peligrosa. *Destino*, 1312, p. 20. Disponible en: https://arca.bnc.cat/arcabib_pro/es/publicaciones/verNumero.do?idNumero=169975 [Consulta: 01/03/2026]
- Clements, F. (1932) *Primitive concepts of disease*. California University Press
- Comas, M.D. y Jordi González, R. (1973) Notas sobre automedicación. *ACOFAR revista de la distribución farmacéutica cooperativista*, n.º 83, pp. 13-21

- Comelles, J.M. (1992) El proceso de automedicación y la prevención de las drogodependencias. En: Comas, D., Espín Martín, M. y Ramírez Goicoechea, E. (ed.) *Fundamentos teóricos en prevención*. Madrid: Editorial Fundamentos, pp. 139-178
- Comelles, J.M. (1998) From ethnography to clinical practice in the construction of the contemporary State. En: Greenhouse, C.J. (ed.) *Democracy and ethnography: constructing identities in multicultural liberal states*. Albany: State University of New York Press, pp. 233-253
- Comelles, J.M. (2000) The role of local knowledge in medical practice: a trans-historical perspective. *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 24, n.º 1, pp. 41-75. DOI: 10.1023/a:1005560608783
- Comelles, J.M. (2004) Fiebres, Médicos y Visitadores. Notas etnográficas sobre la práctica médica durante el franquismo. En: Martínez-Pérez, J. (coord.) *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*. Universidad Castilla-La Mancha, pp. 989-1018
- Comelles, J.M. (2016) From superstition to folk medicine. The transition from a Religious to a Medical Concept. *Medicine Anthropology Theory*, vol. 3, n.º 2, pp. 269-305
- Comelles, J.M. (2021) Los orígenes y el significado profesional de la escritura etnográfica. En: Carruesco García, J., Duch Plana, M., Palau Vergés, M. y Pujadas Muñoz, J.J. (coord.) *Entre Asclepi i les Muses. Un homenatge a Joana Zaragoza*. Tarragona: Publicacions URV, pp. 207-246
- Comelles, J.M. (2022) La Covid-19 i la crisi sanitària a Catalunya. *Revista d'Etnologia de Catalunya*, n.º 46, pp. 32-54
- Comelles, J.M. (2023) Quina medicina per a quina postguerra? La sanitat a la Catalunya del franquisme autàrquic (1939-1967). *Barcelona Quaderns d'Història*, n.º 28, pp. 193-208
- Comelles, J.M. (2024) L'etnografia en la «missió» del metge. *Actes d'Història de la Ciència i de la Tècnica*, vol. 17, pp. 15-49. Disponible en: <https://doi.org/10.2436/20.2006.01.243> [Consulta: 20/04/2026]
- Comelles, J.M. (2025) *Qué cine para qué régimen. Etnografía y medicina en el cine español 1939-1975*. Disponible en: <https://josepmcomelles.com/es/que-cine-para-que-regimen-etnografia-y-medicina-en-el-cine-espanol-1939-1975/> [Consulta: 01/03/2026]
- Comelles i Esteban, J.M., Alegre Agís, E. y Barceló i Prats, J. (2017) *Del Hospital de pobres a la cultura hospitalo- céntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán*. Kamchatka: revista de análisis cultural, n.º 10, pp. 57-85
- Comelles, J.M. (ed.), Alemany, S. y Francès, L. (coord.) (2013) *De les iguals a la cartilla. El regiment de la cosa pública, la medicalització i el pluralisme assistencial a la Vall d'Aro*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Cultura
- Comelles, J. M. y Barceló-Prats, J. (2020) Fonts documentals per a l'estudi de la medicina rural durant el franquisme. *Gimbernat*, n.º 73, pp. 133-151. DOI: 10.1344/gimbernat2020.73.8
- Comelles, J.M. y DiGiacomo, S.M. (2018) The medicalization of diagnosis: From cultural and environmental nosologies to lay medical concerns. En: Nissen, N. y Risør, M.B. (ed.) *Diagnostic Fluidity. Working with Uncertainty and Mutability*. Publicacions URV, p. 257
- Comelles, J.M. y Guix Oliver, J. (2022) Covid-19, entre el riesgo, la biopolítica y la medicalización. En: Cayuela Sánchez, S. y Ruiz, P.A. (coord.) *Foucault y la medicina: la verdad muda del cuerpo*. Madrid: Ediciones Morata, pp. 89-116
- Comelles, J.M. y Martínez-Hernández, A. (1993) *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. EUEDEMA
- Comelles, J.M. y Perdiguero-Gil, E. (2014) El folklore médico en la nueva agenda de la antropología médica y de la historia de la medicina. En: Perdiguero-Gil, E. y Uribe Oyarbide, T. (ed.) *Antropología médica en la Europa meridional 30 años de debate sobre pluralismo asistencial*. Tarragona: Publicacions URV, pp. 11-51. Disponible en: <https://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/book/142> [Consulta: 17/04/2026]
- Comelles, J., Perdiguero Gil, E., Bueno Vergara, E. y Barceló-Prats, J. (2020) Por caminos y veredas: la práctica médica rural bajo el franquismo (1939-1979). En: Martínez Pérez, J. y Perdiguero Gil, E. (ed.) *Genealogías de la reforma sanitaria en España*. Madrid: La Catarata, pp. 63-124
- Comelles, J.M., Zarzoso, A. y Barceló-Prats, J. (2026) Genealogías del modelo público-privado sanitario en Cataluña (1955-1986). En: Pons-Pons, J. y Vilar-Rodríguez, M. (ed.) *La empresa hospitalaria en la historia contemporánea. Salud y negocio en España*. Prensas Universitarias de Zaragoza, pp. 133-160
- Darmon, P. (1988) *La Vie Quotidienne du médecin Parisien en 1900*. París: Hachette
- Davis, N.Z. (2008) *Le retour de Martin Guerre*. París: Editions Tallandier
- De Lera, A.M. (1966) *Por los caminos de la medicina rural*. Salamanca: Graficesa
- Devereux, G. (1973) *Ensayos de etnopsiquiatría general*. Barcelona: Barral Editores

- Diasio, N. (1999) *La science impure. Anthropologie et médecine en France, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas*. París: PUF
- Dorolle, P. (1953) Etnologie et problèmes sanitaires. *Revue Internationale de la Croix-Rouge et Bulletin international des Sociétés de la Croix-Rouge*, n.º 412, pp. 301-316. Disponible en: <https://international-review.icrc.org/fr/articles/ethnologie-et-problemes-sanitaires> [Consulta: 17/04/2026]
- Edery-Benchluch, J. (2014) *La aspirina española*. ACAM (Asociación Cultural Amigos en Marruecos)
- Egbe, M., Alegre Agís, E. y Comelles i Esteban, J.E. (2017) El efecto Danacol. Publicidad, alimentos funcionales y la construcción de la medicina folk. En: Mariano Juárez, L., Medina Luque, F.X. y López García, J. (ed.) *Comida y mundo virtual. Internet, redes sociales y representaciones visuales*. Barcelona: UOC, pp. 247-283
- Evangelidou, S. y Martínez-Hernández, A. (2020) *Reset: Reflexiones antropológicas ante la pandemia de COVID-19*. Tarragona: Publicacions URV. Disponible en: <https://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/book/448> [Consulta: 17/04/2026]
- Finke, L. y Rosen, G. (1946) On the Different Kinds of Geographies, but Chiefly on Medical Topographies, and How to Compose Them. Translated from the German with an Introduction. *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 20, n.º 1, pp. 527-538
- Fortune Business Insights (2026) Beauty and Wellness Products Market Size, Share & Industry Analysis, By Type (Hair Care Products, Skincare Products, Makeup Products, Food & Nutrition Products, Medicinal Products, and Wellness Products), Distribution Channel (Supermarkets & Hypermarkets, Specialty Stores, and Online Channels), and Regional Forecast, 2026-2034. *Beauty & Personal Care*, 6 de abril de 2026. Disponible en: <https://www.fortunebusinessinsights.com/beauty-and-wellness-products-market-108456> [Consulta: 21/04/2026]
- Foster, G. M. (1987) World Health Organization behavioral Science Research: problems and prospects. *Social Science & Medicine*, vol. 24, n.º 9, pp. 709-717
- Foster, G.M. y Gallatin Anderson, B. (1978) *Medical Anthropology*. John Wiley y Sons
- Gómez Rodríguez, J.A. (2005) “Lo que no venda, cántelo”. Algunas reflexiones sobre el papel de la música en la publicidad. En: Olarte Martínez, M.M. (ed.) *La Música en los medios audiovisuales. Algunas aportaciones*. Salamanca: Plaza Universitaria Ediciones, pp. 225-266
- González Bueno, A. y Rodríguez Nozal, R. (2018) *Censo-guía de los laboratorios farmacéuticos activos durante el Franquismo (1936-1975)*. Madrid: Real Academia Nacional de Farmacia
- Gorsky, M. (2008) The British National Health Service 1948-2008: A review of the historiography. *Social History of Medicine*, vol. 21, n.º 3, pp. 437-460
- Goulet, D. (1987) *Le commerce des maladies. La publicité des remèdes au début du siècle*. Québec: Institut Québécois de Recherche Sur la Culture
- Gracia, J. (2004) *La España de Franco 1939-1975: cultura y vida cotidiana*. Madrid: Síntesis
- Guilera Roche, A., Ramió Jofre, A. y Torres Penella, C. (2024) Reflexió sobre les fonts orals, a propòsit del projecte “preservem la memòria”. *Actes d'història de la ciència i de la tècnica*, vol. 17, pp. 175-179. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/ActesHistoria/article/view/10000000432> [Consulta: 17/04/2026]
- Haro Encinas, J.A. (2000) Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En: Perdiguero Gil, E. y Comelles, J.M. (coord.) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Manresa: Bellaterra, pp. 101-161
- Heidenreich, F.W. (1826) *Die vier Grundpfeiler der Volksmedizin, das Blutlassen, Brechen, Abführen und die äusserlichen Mittel*. Riegel u. Wießner
- Helman, C.G. (1978) “Feed a cold, starve a fever”. Folk models of infection in an English suburban community, and their relation to medical treatment. *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 2, n.º 2, pp. 107-137
- Herzlich, C. y Pierret, J. (1984) *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. París: Payot
- Jefferys, M., Brotherston, J.H. y Cartwright, A. (1960) Consumption of medicines on a working-class housing estate. *British journal of preventive y social medicine*, n.º 14, pp. 64-76
- Jordi González, R. (1974) Automedicación toxicomanía potencial. *Unifarma*, n.º 11, pp. 540-558
- Kiev, A. (1964) *Magic, Faith and Healing. Studies in Primitive Psychiatry Today*. Londres: Collier-Macmillan
- Kleinman, A. (1980) *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. California University Press
- Knapp, D.A., Knapp, D.E. y Engel, J.F. (1966) The public, the pharmacist y the self medication. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, vol. 6, n.º 9, pp. 460-462
- Kruif, P. de. (1954) *Los cazadores de microbios*. Madrid: Aguilar

- Kuczynski-Godard, M. (1944) *La vida en la Amazonía peruana. Observaciones de un médico*. Lima: Librería Internacional del Perú
- Kutalek, R., Mnzenmeier, V.C. y Prinz, A. (2012) What about Ethnomedizin? Reflections on the early days of medical anthropologies in German-speaking countries. *Anthropology and Medicine*, vol. 19, n.º 1, pp. 39-47
- Laín Entralgo, P. (ed.) (1971-1975) *Historia universal de la medicina*. 8 vols. Barcelona: Salvat
- Larrea Killinger, C. (1997) *La cultura de los olores. Una aproximación a la antropología de los sentidos*. Quito-Ecuador: Ediciones Abya-Yala
- Léonard, J. (1977) *La vie quotidienne du médecin de province*. París: Hachette
- Leslie, C. (1980) Medical pluralism in world perspective. *Social Science y Medicine. Part B: Medical Anthropology*, vol. 14, n.º 4, pp. 191-195
- Ley 25/1990 de 20 de diciembre, del Medicamento. *Boletín Oficial del Estado, BOE*, n.º 306, de 22 de diciembre de 1990. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1990-30938> [Consulta: 20/04/2026]
- Lisón Tolosana, C. (1975) Folkmedicina. En: Laín Entralgo, P. (ed.) *Historia Universal de la Medicina*, VII. Medicina Actual. Salvat Editores, pp. 439-446
- Lobo, F. (1982) La industria farmacéutica y el Estado. Relaciones tormentosas con nuevos participantes. En: Conde, V., Arana, J. y San Martín, H. *Economía y salud*. Madrid: Karpos, pp. 169-188
- Lobo, F. (1985) *Industria farmacéutica y reforma sanitaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo
- Mantegazza, P. (1978) La Psicología delle superstizioni (lettera al Dott. Zeno Zanetti). En: Zanetti, Z. (ed.) *La medicina delle nostre donne*. Ediclio, pp. 11-19
- Martínez-Hernández, A. (2006) La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones. *Política y Sociedad*, vol. 43, n.º 3, pp. 43-56. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO0606330043A> [Consulta: 20/04/2026]
- Martínez-Hernández, A., Perdiguero Gil, E. y Comelles, J.M. (2015) Genealogía de la Antropología Médica en España. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, vol. 70, n.º 1, pp. 205-233. Disponible en: <https://doi.org/10.3989/rdtp.2015.01.010> [Consulta: 16/04/2026]
- Menéndez, E.L. (1990) *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: CIESAS (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social)
- Menéndez, E.L. (2020) Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, vol. 16, pp. 1-25
- Miller, S. (2008) A Note on Black's Folk-Medicine (1883) and a Preliminary Folklore Bibliography. *The Folklore Historian*, n.º 25, pp. 3-22
- Morgan, L.M. (1990) The medicalization of anthropology: a critical perspective on the critical-clinical debate. *Social Science y Medicine*, vol. 30, n.º 9, pp. 945-950. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90141-E](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90141-E)
- Nathan, T. (1986) *La folie des autres. Traité d'Ethnopsychiatrie clinique*. París: Dunod
- Nino, A. de. (1891) *Usi e costumi abruzzesi. Malattie e rimedi*. Tipografía de G. Barrera
- Paul, B.D. (1955) *Health, culture and Community. Case studies of Public reactions to health programs*. New York: Russell Sage Foundation
- Perdiguero, E. (1992) The Popularization of Medicine during the Spanish Enlightenment. En: Porter, R. (ed.) *The popularization of Medicine 1650-1850*. Routledge, pp. 160-193
- Perdiguero-Gil, E. (2012) La creación de un nuevo mercado alimentario en España: las vitaminas en la prensa periódica (1917-1950). *Nutrición hospitalaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE)*, vol. 27, n.º Extra 2, pp. 10-17
- Perdiguero-Gil, E. (2017) La popularización médica durante el franquismo: un primer acercamiento. En: Comelles, J.M. y Perdiguero-Gil, E. (coord.) *Educación, comunicación y salud. Perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*. Tarragona: Publicacions URV-MARC, pp. 105-138
- Perdiguero-Gil, E. y Comelles, J.M. (2014) Folklore médico y educación sanitaria en las dos primeras décadas del Franquismo. En: Campos Martín, R., González de Pablo, A.L., Porrás Gallo, M.I. y Montiel Llorente, L.E. (ed.) *Medicina y poder político. XVI Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina. Madrid, 11-13 de junio de 2014*. Madrid: Sociedad Española de Historia de la Medicina, pp. 289-293
- Perdiguero-Gil, E. y Comelles, J.M. (2015) El per què de tot plegat. En: Perdiguero, E. y J.M. Comelles (ed.) *Medicina y etnografía en Cataluña*. Madrid: CSIC, pp. 263-270
- Perdiguero-Gil, E. y Comelles, J.M. (2017) ¿Asistencia o promoción de la salud? El debate sobre la reforma sanitaria en la España de los años setenta del siglo XX. En: Ruiz-Berdun, D. (ed.) *XIII Congreso de la SEHCYT. Libro de resúmenes*. Madrid: Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas, pp. 90-91

- Perdiguero-Gil, E. y Comelles, J.M. (2019a) The Defence of Health. The debates on Health Reform in 1970s Spain. *Dynamis*, vol. 39, n.º 1, pp. 45-72
- Perdiguero-Gil, E. y Comelles, J.M. (2019b) The Roots of the health Reform in Spain. En: Abreu, L. (ed.) *Health Care and Government Policy*. Evora: Publicações do Cidehus
- Perdiguero-Gil, E. y Comelles, J.M. (2020) El estudio del pluralismo médico: una aproximación histórica. En: Cuadrada, C. (ed.) *Pluralismo médico y curas alternativas*. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili, pp. 7-49
- Pitrè, G. (1896) *Medicina popolare siciliana*. C. Clausen
- Plaza, M. y Comelles, J.M. (2015) Cambios y continuidades en el uso de plantas medicinales en les Terres de Ponent (Lleida). En: Perdiguero-Gil, E. y Comelles, J.M. (ed.) *Medicina y etnografía en Cataluña*. Madrid: CSIC, pp. 101-140
- Polgar, S. (1962) Health and Human behavior: areas of interest common to the Social and Medical Sciences. *Current Anthropology*, vol. 3, n.º 2, pp. 159-205
- Polo y Fiayo, F. (1959) *El médico encadenado. Seguro de enfermedad, seguridad social, asistencia médica libre, boticas y boticarios, prontuario de patología familiar*. Edición del autor
- Porter, R. (1992) *The Popularization of medicine, 1650-1850*. Routledge
- Prat, J., Pujadas, J.J. y Comelles, J.M. (1980) Sobre el contexto social del Enfermar. En: Kenny, M. y Miguel, J.M. de (ed.) *La antropología médica en España*. Barcelona: Anagrama, pp. 43-68
- Prats, L. (1996) *La Catalunya rànica. Les condicions de vida materials de les classes populars a la Catalunya de la Restauració segons les topografies mèdiques*. Barcelona: Alta Fulla
- Prieto Lorenzo, A. (1977) Razones y sinrazones de la automedicación. *Gaceta Médica Española*, vol. 51, n.º 4, pp. 144-154
- Puche, E., Saucedo, R., García Morillas, M., Bolaños, J. y Vila, A. (1982) Estudio del botiquin familiar y algunas de sus características en la ciudad de Granada. Estudio de 1548 familias. *Medicina Clínica*, n.º 79, pp. 118-121
- Redacción (1969) Automedicación: problema creciente. *Doctor, información profesional y administrativa*, n.º 35, pp. 46-63
- Redfield, R. (1941) *The Folk culture of Yucatan*. The University of Chicago Press
- Redfield, R. (1947) The folk society. *American Journal of sociology*, vol. 52, n.º 4, pp. 293-308
- Redondo Rincón, G. y González Bueno, A. (2013) La implantación de la prestación farmacéutica en el Seguro Obligatorio de Enfermedad (1944-1955). *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, n.º 4, pp. 658-688
- Riccò, I. (2015) La folk medicina en la Cataluña actual: una comparaciónn entre viejas y nuevas prácticas de curandería. En: Perdiguero-Gil, E. y Comelles, J.M. (ed.) *Medicina y Etnografía en Cataluña*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), pp. 81-100
- Riccò, I. (2018) Medicina popular, medicinas alternativas y new age: hacia un “nuevo mundo mágico”. *Arxiu d’Etnografia de Catalunya*, n.º 18, pp. 73-94
- Riccò, I. (2019) Historia de la medicina popular: del modelo clásico al Glo-Local. *Disparidades. Revista de Antropología*, vol. 74, n.º 2, pp. 1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.3989/dra.2019.02.022> [Consulta: 17/04/2026]
- Riccò, I. (2020) Searching for a ‘new magical world’: the contradictions of CAM and new age therapies in the West. *Anthropology & Medicine*, vol. 27, n.º 1, pp. 96-109. DOI: <https://doi.org/10.1080/13648470.2018.1544605>
- Rivers, W.H.R. (2010) *Medicina, magia i religió*. Tarragona: Publicacions URV
- Robles Ávila, S. (2024) La publicidad de medicamentos, remedios secretos y específicos en la prensa malagueña del s. XIX: caracterización y claves lingüísticas de su configuración textual. *CLAC. Círculo de Lingüística Aplicada a la Comunicación*, vol. 98, pp. 85-102. Disponible en: <https://doi.org/10.5209/clac.94829> [Consulta: 17/04/2026]
- Romani, O. (1999) *Las Drogas: sueños y razones*. Barcelona: Ariel
- Romani, O. y Comelles, J.M. (1991) Les contradictions liées à l’usage des psychotropes dans les sociétés contemporaines: automédication et dépendance. *Psychotropes*, vol. 6, n.º 3, pp. 39-57
- Rubiés, J.P. (2000) *Travel and Ethnology in the Renaissance*. En: *Travel and Ethnology in the Renaissance*. Cambridge University Press
- Saillant, F. y Genest, S. (2007) *Medical Anthropology. Regional Perspectives and shared concerns*. Blackwell Publishing
- Scotch, N. (1963) Medical Anthropology. *Biennial Review of Anthropology*, vol. 3, pp. 30-68
- Seppilli, T. (1956) Contributo alla formulazione dei rapporti tra prassi igienico-sanitaria ed etnologia. En: *Atti della XLV Riunione (Napoli, 16-20 ottobre 1954)*, vol. II. Roma: Società Italiana per il Progresso delle Scienze (SIPS), pp. 295-312
- Seppilli, T. (1983) La medicina popolare in Italia: Avvio

ad una nuova fase della ricerca e del dibattito. *La Ricerca Folklorica*, n.º 8, pp. 3-6

• Sigerist, H.E. (1951) *A History of Medicine: Primitive and Archaic Medicine*, Vol. I. Oxford University Press

• Silverman, M. (1943) *Drogas mágicas*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana

• Singer, M., Erickson, P.I. y Abadía-Barrero, C.E. (ed.) (2022) *A Companion to Medical Anthropology*. John Wiley & Sons, Ltd.

• Sirvent Ribalta, E. y Comelles, J.M. (2025) *La fisioteràpia a Catalunya. Etnografia d'una professió 1957-2025*. Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya (COFC). Disponible en: <https://www.fisioterapeutes.cat/fitxers/comunicacio/guies/fisioteràpia-catalunya-1957-2025-etnografia-una-professio/aaff-llibre-x-digital-sol.pdf> [Consulta: 17/04/2026]

• Steudler, F. (1973) L'Hôpital, la profession médicale et la politique hospitalière. *Revue Française de Sociologie*, XIV spécia, pp. 13-40

• Taberner Curado, B., Domènech Vergés, G. e Iglesias Masferrer, I. (2020) Confusió mèdica i incertesa social: apunts etnogràfics sobre la construcció del risc durant la pandèmia per la Covid-19 a Catalunya. *Periferias*, vol. 25, n.º 2, pp. 88-100. Disponible en: <https://doi.org/10.5565/rev/periferia.769> [Consulta: 21/04/2026]

• Terradas Saborit, I. (1985) La història de les estructures i la història de al vida. En: Moll Blanes, I. (coord.) *La vida quotidiana dins la perspectiva històrica. III Jornades d'Estudis Històrics Locals (24-26 de novembre del 1983)*. Palma, Illes Balears: Institut d'Estudis Baleàrics, pp. 3-30

• Terron, A., Comelles, J. M. y Perdiguero-Gil, E. (2017) Schools and health education in Spain during the dictatorship of General Franco (1939-1975). *History of Education Review*, vol. 46, n.º 2, pp. 208-223

• Thomson, E.P. (1968) *The Making of the English Working Class* (2.ª ed.). Londres: Editorial Penguin

• Tria Parareda, N. (2020) Des del meu balcó. Autoetnografia d'un confinament. En: Evangelidou, S. y Martínez-Hernández, A. (ed.) *Reset. Reflexiones antropológicas ante la pandemia de COVID-19*. Tarragona: Publicacions URV-MARC, pp. 71-74 (*Antropologia Mèdica*, 35). Disponible en: <https://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/book/448> [Consulta: 17/04/2026]

• Urteaga, L. (1980) Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX. *Geo Crítica*, n.º 29, pp. 1-40

• Vadi, V. (2007) Intangible heritage: traditional medicine and knowledge governance. *Journal of Intellectual Property Law & Practice*, vol. 2, n.º 10, pp. 682-691. DOI: <https://doi.org/10.1093/jiplp/jpm144>

• Valverde López, J.L. y Hortiguera, A. (1971) Remedios secretos, específicos y especialidades farmacéuticas, en la España del último siglo. *Ars pharmaceutica*, vol. 12, n.º 1-2, pp. 25-70

• Vargesson, N. (2015) Thalidomide-induced teratogenesis: History and mechanisms. *Birth Defects Research Part C - Embryo Today: Reviews*, vol. 105, n.º 2, pp. 140-156

• Vilar-Rodríguez, M. y Pons-Pons, J. (ed.) (2018) *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986)*. Madrid: Marcial Pons

• Walter, A. (1981-1982) Ethnomedicine et anthropologie médicale: bilan et perspectives. *Cahiers ORSTOM. Série Sciences Humaines*, vol. 18, n.º 4, pp. 405-414

• WHO [World Health Organization] (2013) *Factsheet 134: Traditional Medicine*. Geneva: World Health Organization. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_24-en.pdf [Consulta: 17/04/2026]

• Zanetti, Z. (1892) *La medicina delle nostre donne*. Studio folklorico. S. Lapi Tipografo editore

Medicina popular como patrimonio cultural inmaterial: entre la salvaguardia y la reinvencción glo-local

Isabella Riccò | Medical Anthropology Research Center, Universitat Rovira i Virgili

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6132>

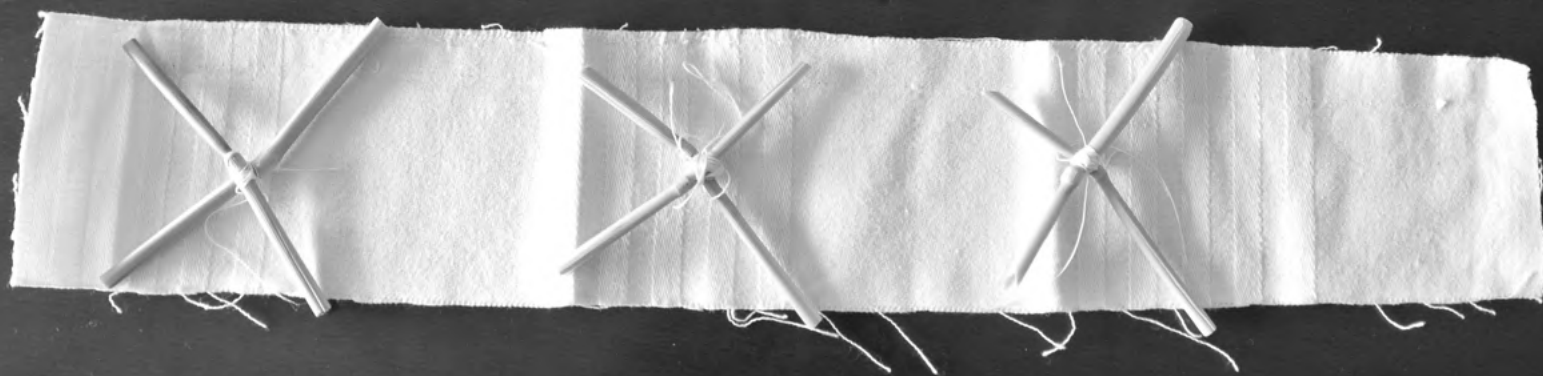
RESUMEN

La *Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial* de la Unesco estableció un marco fundamental para la protección de las tradiciones orales, los rituales y los conocimientos vinculados a la naturaleza y el universo, entre los que se encuentran los saberes médicos y las prácticas terapéuticas tradicionales que forman parte de la medicina popular de los pueblos. Si bien la postura de la Unesco es vital para proteger estos conocimientos frente al capitalismo global, también tiene sus limitaciones, ya que tiende a ofrecer una visión estática de la cultura y de estos fenómenos. En este sentido, se propone una lectura de la medicina popular como un campo en constante reinvencción, haciendo hincapié en la importancia de su resignificación y reinterpretación a través de la influencia de las medicinas alternativas y complementarias. Un concepto central que se recupera es el de “medicina popular glo-local”, que describe la capacidad de estas prácticas para circular en contextos globales –a menudo a través de medios digitales– sin perder su anclaje local original. En conclusión, la salvaguardia del patrimonio inmaterial debe trascender la conservación estática y reconocer su dimensión viva, negociada y en transformación, y validar la capacidad de estos saberes para adaptarse y mantenerse vigentes en la sociedad actual.

Palabras clave

Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial | Glolocal | Medicina alternativa | Medicina complementaria | Medicina popular | Patrimonio cultural inmaterial | Resignificación | Saberes tradicionales | Salud | Salvaguarda | Unesco |

Cruces empleadas para un ritual de sanación de un esguince (2012) | foto Isabella Riccò



Folk Medicine as Intangible Cultural Heritage: Between Safeguarding and Glo-local Reinvention

ABSTRACT

The *Convention for the Safeguarding of the Intangible Cultural Heritage* of Unesco (2023) established a fundamental framework for protecting oral traditions, rituals and knowledge relating to nature and the universe. This includes the medical knowledge and traditional therapeutic practices that constitute folk medicine, practised by many different peoples. While this stance is vital for protecting this knowledge against global capitalism, Unesco's approach also has limitations as it tends to offer a static vision of culture and these phenomena. Consequently, this article reimagines folk medicine as a constantly evolving field, emphasising its dynamism and openness to contemporary reinterpretations. This process highlights the importance of resignifying and reinterpreting it through the influence of complementary and alternative medicines. A key concept that has been revived is that of 'glo-local folk medicine', which describes these practices' ability to circulate in global contexts –often through digital media– without losing their original local roots. In conclusion, safeguarding intangible heritage must recognise its living, negotiated and transforming dimension, transcending static conservation. It is crucial to acknowledge this knowledge's ability to adapt and remain relevant in today's society.

Key words

Convention for the Safeguarding of the Intangible Cultural Heritage | Glolocal | Alternative medicine | Complementary medicine | Folk medicine | Intangible cultural heritage | Reinterpretation | Traditional knowledge | Health | Safeguarding | Unesco |

Cómo citar: Riccò, I. (2026) Medicina popular como patrimonio cultural inmaterial: entre la salvaguardia y la reinención glo-local. *revista PH*, n.º 118, pp. 96-115. Disponible en: www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6132 DOI 10.33349/2026.118.6132

Enviado: 27/01/2026 | **Aceptado:** 30/03/2026 | **Publicado:** 10/06/2026

LA SALVAGUARDIA DE LOS SABERES MÉDICOS CONTRAHEGEMÓNICOS

Tras décadas de reflexión iniciadas en los años setenta sobre los conceptos de folclore, cultura popular y patrimonio etnológico (Smith y Akagawa 2009), a comienzos del siglo XXI la Unesco empezó a interesarse por las prácticas y saberes vivos que conforman la cultura, plasmando este interés en la Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial (2003). Con ella se establece la necesidad de tutela de las tradiciones y expresiones orales, los usos sociales, rituales y conocimientos prácticos vinculados con la naturaleza y el universo (entre otros) que se transmiten de generación en generación dentro de las comunidades, infundiéndoles un sentimiento de identidad y continuidad y contribuyendo así a promover el respeto de la diversidad cultural y la creatividad humana. De acuerdo con Ferran Estrada y Camila del Mármol (2021), tras esta definición, la categoría de patrimonio se transforma conceptualmente. Por un lado, empieza a relacionarse con fenómenos sociales y culturales, además de elementos materiales o naturales; por el otro, se reconoce el rol de las pequeñas comunidades como portadoras y garantes de estos saberes y prácticas. En este sentido, el patrimonio cultural inmaterial no solo se vincula a los bienes muebles, inmuebles y al conocimiento acumulado, sino que se halla indisolublemente ligado a la dimensión identitaria y emocional de sus portadores (Timón Tiemblo y Muñoz Carrión 2021). Esta conexión se manifiesta en la voluntad colectiva de las comunidades por preservar sus tradiciones y asegurar su permanencia a través del tiempo.

Entre los saberes médicos y las prácticas terapéuticas específicas catalogados en la Convención encontramos: la acupuntura (inserción de agujas en distintas partes del cuerpo para estimular las funciones de autorregulación del organismo y sanar a los pacientes) y la moxibustión (aplicación de conos o bastoncillos de abrotano sobre determinados puntos del cuerpo para calentar la zona elegida) de la medicina tradicional china, el yoga, el masaje tailandés tradicional (finalizado a tratar las dolencias causadas por la obstrucción de las líneas “sen”, los canales que recorren el organismo humano y permiten vehicular los flujos energéticos vitales), la balneoterapia *lum* de la Sowa Rigpa (la medicina tradicional del pueblo tibetano), el *vimbuza*, danza de curación del Malawi (ritual curativo que se realiza a través de cantos y música de tambores, cuya mayoría de pacientes son mujeres con problemas de salud mental), la cosmovisión andina de los Kallawayas –Bolivia– (centrada sobre todo en su patrimonio de plantas medicinales basado en más de 980 especies), el sistema de conocimiento de los chamanes jaguares de Yuruparí –Colombia– (basado en la gestión de la energía vital para prevenir enfermedades y mantener el equilibrio entre seres humanos y naturaleza), el *jamu* –Indonesia– (remedio a base de hierbas destinado a fortalecer la inmunidad y preservar la salud), la *mwazindika* –Kenia– (danza espiritual



Wellcome Historical Medical Museum (Londres).
Figurillas en la sala de medicina primitiva | foto
Wellcome Collection

para promover el bienestar individual y comunitario), el *taijiquan* (o tai chi, ejercicio físico tradicional caracterizado por la ejecución de movimientos circulares relajados y el control de la respiración) y los conocimientos y prácticas ligados a la partería en distintos lugares del mundo (Colombia, Chipre, Alemania, Luxemburgo, Kirguistán, Nigeria, Eslovenia, Togo).

Estas prácticas integran conocimientos médicos y terapéuticos basados en elementos empíricos, como el uso de plantas, la manipulación corporal y los rituales de eficacia simbólica. La combinación de todos estos elementos da lugar a lo que se conoce como medicina popular o tradicional, ya que estos conocimientos hacen referencia a las nociones sobre salud, enfermedad y atención de una comunidad, que conforman su identidad cultural y se transmiten de generación en generación. La distinción terminológica entre medicina popular y tradicional radica, fundamentalmente, en la ubicación de la “alteridad”. En este sentido, Tullio Seppilli (1983), fundador de la antropología médica italiana (Comelles, Perdiguerro-Gi y Riccò 2014; Comelles et ál. 2017), define este primer concepto como la existencia, en determinadas clases subalternas, de formas médicas y horizontes ideológicos de referencia opuestos o distintos a la medicina oficial¹. La medicina popular acabaría siendo un conjunto de saberes y prácticas que se define, por lo tanto, en contraposición a la llamada biomedicina, ya que parte de su esencia es justamente este colocarse en un lugar opuesto y subalterno con respecto a la cultura médica dominante (Riccò 2017). La medicina tradicional, en cambio, fue definida por la Organización Mundial de la Salud como “la suma total de

¹
Traducción propia.

los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales” (OMS 2013, 15). Este concepto se ha utilizado principalmente en contextos indígenas, donde la alteridad no se basa tanto en la clase social, sino en el entorno de los llamados “pueblos originarios”, situándolos en oposición a las “civilizaciones modernas”, lo que conlleva implícitamente la idea de un mundo estático e inamovible (Riccò 2019a), así como jerárquico, contrapuesto a una realidad en continua evolución. En 2020, Anatlde Idoyaga Molina recupera estos y otros conceptos (biomedicina, medicina religiosa, tratamientos no profesionales), con la finalidad de clasificar las medicinas, y propone la noción de configuración etnomédica para explicar la atención de la salud en los contextos interculturales. Es una definición interesante, que va más allá de la tripartición clásica de la antropología médica entre *profesional*, *folk* y *popular* (Kleinman 1980). Sin embargo, a lo largo de este artículo, se ha optado por emplear el concepto de medicina popular para facilitar la comprensión a un público más amplio, no necesariamente familiarizado con los debates teóricos de la antropología médica, y porque esta decisión se alinea con el uso predominante de este término tanto en nuestro contexto geográfico y cultural como en otros países del área mediterránea –citando, por ejemplo, los casos de Italia y Francia–, con los cuales se comparten estructuras y elementos socioculturales comunes. A partir de esta premisa, el artículo se sitúa en un entrecruce entre la antropología del patrimonio de la salud y la antropología médica. A

Daoyin tu, tabla para guiar a las personas en los ejercicios para mejorar la salud y tratar el dolor, que incluye posturas de animales como la marcha del oso. Reconstrucción de una tabla excavada en la tumba 3 de Mawangdui (sellada en el 168 a. de C.) en el antiguo reino de Changsha. El original se encuentra en el Museo Provincial de Hunan, Changsha, China | foto Wellcome Collection



nivel macro, propone una lectura de los saberes médicos y de las prácticas terapéuticas tradicionales incluidas en la Convención como expresiones de patrimonio cultural inmaterial, subrayando tanto la relevancia del posicionamiento de la Unesco como sus limitaciones. A nivel micro, destaca cómo la medicina popular constituye un campo en constante reinvencción, dinámico y abierto a reelaboraciones contemporáneas.

UN POSICIONAMIENTO NECESARIO: ENTRE LO SIMBÓLICO Y LO POLÍTICO

El objetivo de la Convención es proteger y perpetuar el conjunto de saberes inmateriales, propios de las comunidades, que suelen carecer de un componente escrito o material. En el caso concreto de los saberes vinculados a la salud, enfermedad y atención dentro de la Convención se relevan distintas amenazas y vulnerabilidades que pueden comprometer la continuidad de estas prácticas. Entre ellas se destacan: la disminución del interés de las personas jóvenes, la intolerancia, el número reducido de practicantes, la apropiación abusiva (sobre todo en relación con los medicamentos tradicionales a base de plantas), los cambios socioculturales bruscos, el deterioro del ecosistema, la edad avanzada de las personas practicantes y la pérdida de significado (entre otras). A estos elementos se añade la fuerte presión ejercida por las industrias farmacéuticas (Vadi 2007) y el capitalismo global, ya que la medicina popular se sitúa en “oposición” al modelo médico hegemónico (Menéndez 1984) basado en la medicalización y el empleo de medicamentos. El tema de la medicalización merece de una atención particular ya que todo este proceso incide particularmente en la forma en que la medicina popular se perpetúa y se transforma. Comelles describe la medicalización como “un proceso de hegemonía lento y progresivo en torno a una dialéctica entre los intereses y los discursos de los médicos y el desarrollo de la gubernamentalidad moderna” (Comelles 2003, 113). En su primera fase, situada en la baja Edad Media, el conocimiento se producía mediante una compleja interacción con otros especialistas, saberes compartidos y discursos religiosos en un escenario principalmente local (Comelles y Perdiguero-Gil 2014) caracterizado por un marcado pluralismo terapéutico. Sucesivamente, entre finales del siglo XVIII y principios del XIX, el proceso de medicalización se volvió estatal y se implantó un nuevo modelo que pronto cuestionó las teorías de causalidad ambiental de deriva neo-hipocrática y el componente etnográfico de las prácticas médicas (Comelles 2003). Fue así que la medicina se acabó convirtiendo en una institución central en la sociedad moderna y, a su vez, en un mecanismo de control de los cuerpos (Foucault 1977). El descubrimiento de la penicilina en 1929 por parte del médico británico Alexander Fleming marcó un punto de inflexión, ya que el antibiótico empezó a convertirse desde entonces en un remedio habitual y necesario en el botiquín de cada hogar (Moreno Lozano 2020). A raíz de este descubrimiento, el



Hampstead Smallpox Hospital (Londres) | foto Wellcome Collection

paradigma de la atención sanitaria experimentó un desplazamiento significativo: el foco de intervención se trasladó del médico hacia el antibiótico. Esta transición no solo supuso la pérdida de preeminencia del rol del profesional de la salud, sino que encumbró al medicamento como la fuente terapéutica primordial, consolidando así la hegemonía del modelo hospitalario contemporáneo (Comelles, Egbe y Alegre 2017).

En España, este fenómeno cobra una relevancia particular, ya que es un país con un alto consumo de medicamentos, especialmente ansiolíticos y antidepresivos. En este escenario, resulta especialmente pertinente el análisis de Joan-Ramon Laporte (2024), quien argumenta que la mejor estrategia para garantizar el crecimiento constante del mercado sanitario y farmacéutico consiste en convencer a las personas de que están enfermas o de que lo estarán en un futuro próximo. Según esta lógica, el autor identifica cinco elementos que configuran lo que denomina una “moda médica”: el sobrediagnóstico, la dilución de la frontera entre formas leves y graves de una enfermedad, la prescripción excesiva, la promoción del autodiagnóstico y la exageración de los efectos beneficiosos de los medicamentos y las vacunas, anteponiendo los beneficios de la industria farmacéutica a la salud de las personas.

En este contexto, surge la necesidad de proteger los sistemas de conocimiento que han quedado al margen del modelo biomédico. El conjunto de

saberes contrahegemónicos presente en la Convención se sitúa en oposición a este modelo de hipermedicalización y consumo de medicamentos, ya que las prácticas mencionadas centran su eficacia en otros elementos; por ello proteger estos saberes se puede considerar también un derecho a la salud y a la dignidad humana (Vadi 2007). A la luz de estas consideraciones, es importante subrayar que el posicionamiento de la Unesco no fue meramente simbólico, sino también político, al reconocer el valor de los saberes y remedios populares como formas de resistencia subalterna y periférica, pero merecedores de continuidad, así como de esfuerzo y compromiso. Finalmente, la Convención ofrece también una prospectiva para abarcar la gestión del patrimonio inmaterial más cercana al punto de vista de las comunidades protagonistas (Estrada i Bonell y Del Marmol Cartañá 2021) que de alguna manera refleja, si bien parcialmente, la mirada “emic” de los portadores de estas tradiciones.

LAS LIMITACIONES DE LA CONVENCIÓN PARA LA SALVAGUARDIA DEL PATRIMONIO CULTURAL INMATERIAL EN EL CAMPO DE LOS SABERES MÉDICOS TRADICIONALES

Aunque la Convención permite dar visibilidad a saberes y prácticas terapéuticas “otras”, también plantea desafíos conceptuales. Ferran Estrada y Bonell y Camila del Marmol (2021) valoran positivamente el uso del concepto de salvaguardia, en lugar de conservación (categoría vinculada sobre todo a los procesos de musealización), ya que este último término no es apropiado para un patrimonio vivo y cambiante. No obstante, destacan también algunos problemas relacionados con la nueva definición, ya que esta última parece excluir todos los elementos y saberes que no juegan un papel activo en la reproducción social de la comunidad, aunque formen parte de su historia. A la vez, si por un lado aprecian el nuevo papel otorgado a las pequeñas comunidades, por el otro evidencian que la Convención parece olvidar la importancia del rol del Estado en esta salvaguardia (Estrada i Bonell y Del Marmol Cartañá 2021). Del mismo modo Cristina Grasseni (2014) señala que en algunos casos los verdaderos agentes interesados e implicados en la salvaguardia y control de estos recursos no son tanto las comunidades, sino las élites políticas y culturales, los empresarios turísticos, las asociaciones locales, las personas consultoras y burócratas, destacando el vínculo entre mercantilización y patrimonialización de las culturas locales. De hecho, otros autores (Scovazzi y Westra 2017) destacan que los derechos de los pueblos indígenas han sido deliberadamente ignorados, aunque una gran cantidad de elementos culturales presente en la Convención hace justamente referencia a estas comunidades.

Otro elemento contradictorio lo evidencia Julie Perrin (2013), tras una experiencia etnográfica en Suiza mediante la cual destaca que el reconocimiento

de determinadas prácticas y terapias pertenecientes a la medicina popular de un pueblo implica también su domesticación. La autora sostiene que es necesario realizar diversos ajustes para adaptar los saberes sobre la salud a las normas internacionales e incorporarlos a las representaciones culturales hegemónicas. En este sentido, la recalificación de estas prácticas bajo una lógica patrimonial considera el sistema sanitario formal y reproduce sus jerarquías médicas. Por su parte, Serena Bindi (2013) demuestra cómo estos procesos políticos generan conflictos entre los actores locales, quienes perciben que los rituales de posesión se “desnaturalizan” y “espectacularizan” al ser patrimonializados. En relación con uno de ellos, el de la “cosmovisión andina de los Kallawaya”, Alejandra Carreño Calderón (2013) destaca una consecuencia paradójica de los planes de salvaguardia de la Convención de Unesco, que se concretiza en la pérdida, por parte de los curanderos Kallawaya, de su poder terapéutico debido a su integración en las instituciones sanitarias. Según Tullio Scovazzi y Laura Westra (2017), un tema que ha sido deliberadamente ignorado es el de los derechos de propiedad intelectual sobre el patrimonio cultural inmaterial. Los autores afirman que “las leyes de propiedad intelectual se basan principalmente en la concepción occidental de la protección de los individuos y de sus intereses económicos, en lugar de tratar de comprender las necesidades de las comunidades” (Scovazzi y Westra 2017, 12). En esta línea, advierten también sobre los problemas derivados de la comercialización, que pueden implicar la adaptación y alteración de las prácticas para ajustarse a las preferencias



Curandero o chamán africano que utiliza símbolos y pequeños animales para expulsar un demonio (enfermedad). Grabado en madera de Dalziel según J. Leech | foto Wellcome Collection

de las personas consumidoras. Asimismo, Valentina Vadi (2007) alerta sobre el riesgo de “biopiratería”, entendido como el acceso, uso y explotación de recursos naturales y farmacológicos vinculados a remedios tradicionales por parte de empresas farmacéuticas que terminan comercializando dichos productos sin generar beneficios para las comunidades originarias.

Finalmente, Chidi Oguamanam y Angela Yeboah-Appiah (2024) subrayan las limitaciones de la Convención que, si bien surge de un genuino interés por la salvaguardia, no tiene en cuenta la naturaleza dinámica inherente al propio concepto de cultura. En particular, los autores cuestionan el enfoque de la Unesco por su tendencia a fijar y conservar prácticas culturales como si fueran estáticas, cuando en realidad se trata de sistemas de conocimiento no solo vivos, sino también dinámicos y en constante transformación. El ejemplo de la reinención de la medicina popular, que veremos a continuación, puede ayudar a comprender por qué no podemos considerar el patrimonio del saber inmaterial como un elemento cuya salvaguardia se mantiene invariable en el tiempo y en el espacio.

LA REINVENCIÓN DE LA MEDICINA POPULAR

Al abordar la medicina popular en el contexto del Estado español nos remitimos mayoritariamente a diferentes prácticas diagnóstico-terapéuticas de curanderismo llevadas a cabo principalmente en el ámbito rural, aunque hay autores que han trabajado sobre este fenómeno también a nivel urbano (Granero Xiberta 1982). Estas incluyen rituales y terapias de curación, basados en la eficacia simbólica y/o empírica de objetos, cataplasmas, signos y oraciones (mayoritariamente de origen católico), así como prácticas mecánicas centradas en la manipulación del cuerpo. Entre los ejemplos más destacados se encuentran los rituales para sanar afecciones virales como el herpes zóster, conocido popularmente como “culebrilla”, mediante la práctica de “escribir” cruces con una pluma sobre la zona afectada para limitar su avance (Torres González 1998). Otros ejemplos son los rituales diagnóstico-terapéuticos para quitar el mal de ojo, cuyo origen suele recaer en la mirada envidiosa –consciente o inconsciente– de otra persona, las enfermedades de la piel (como la erisipela o las verrugas) o la hernia infantil que, en algunos contextos, se sanaba a través de un ritual, celebrado durante la noche de San Juan, que consistía en pasar al niño enfermo por una grieta en un árbol, siendo entregado y recogido por personas con nombres como Juan, María o Pedro (Perdiguero, 2004).

A nivel regional, se documentan específicos síndromes culturales, como el de *l'espallat* en Cataluña causado por los efectos de un mal gesto o movimiento que provocaba el “hundimiento de la paletilla” (Gelabertó Vilagrán 1996), cuyo diagnóstico se realizaba a través de una medida finalizada a



Curandera mostrando una aguja que utiliza para reproducir cruces durante el ritual de sanación del herpes zóster (2013) | foto Isabella Riccò

comprobar si las longitudes de los dedos coincidían. En Galicia se habla de *espiñela* y *paletilla*, un síndrome parecido que causa la caída del estómago tras un ejercicio violento y da lugar al estado que se denomina *calleiro*. El mismo diagnóstico de la caída de la *paletilla* se hace comparando la longitud de los brazos y las piernas y la cura se basa en el principio de igualar las medidas mediante masajes y tirones (Foster 1980). En resumen, a través de estas prácticas diagnóstico-terapéuticas se sanaban malestares de distinta naturaleza: viral y/o cutánea (herpes, erisipela, verrugas, resfriados, golpe de aire), digestiva (mal de estómago, empacho), musculoesquelética (torceduras, esguinces, caída de la *paletilla*, *espatllat*), emocional (mal de ojo, susto, ansiedad), entre otros.

Estos son solo algunos ejemplos concretos que se pueden encontrar en la literatura, pero es importante destacar que los elementos idiosincráticos vinculados al diagnóstico y tratamiento solían variar de curandero/a a curandero/a, ya que la transmisión de estos rituales era casi exclusivamente oral. Sin embargo, hay una serie de elementos generales y transversales, relativos a cómo se transmitían e implementaban estos rituales y prácticas, que nos permiten aglutinar todos estos saberes médicos, entre ellos destacamos: la principal difusión de estas prácticas en los pueblos rurales, la importancia simbólica del curandero/a para la comunidad y la transmisión oral e iniciática del don. Todos estos elementos forman parte del así llamado “modelo clásico de la medicina popular” que, por distintas razones (el proceso de medicalización y el desarrollo del sistema sanitario universal, la secularización, el éxodo rural, la entrada masiva de las mujeres en el mundo del trabajo remu-

nerado y la globalización) ha ido desapareciendo a partir de los años setenta y ochenta del siglo pasado (Ricco 2017).

No obstante, estas terapias y rituales no han desaparecido. Por un lado, en algunos contextos siguen presentes (Costa y Serra 2025; De Maya Sánchez y Garre 2023; Pérez Espuñes 2023; Ricco 2019b; Perrin 2013; Ricco 2015, entre otros), aunque de manera marginal; por otro, ha surgido una nueva configuración de prácticas vinculadas a la medicina popular, que hoy pueden aprenderse colectivamente en cursos remunerados. Esto se debe a que muchos curanderos tradicionales han incorporado prácticas propias de la Medicina Alternativa y Complementaria (MAC) (Ricco 2017; Perrin, 2013). En ciertos casos, se observa una auténtica resignificación –con las limitaciones inherentes en términos de pérdida y transformación de significados– de rituales tradicionales, mediante la integración de creencias y prácticas procedentes de universos culturales distintos. Un ejemplo es la imposición de manos (o pranoterapia), que en ocasiones se ha reconfigurado bajo la denominación de Reiki (Ricco 2017). Asimismo, hay personas sanadoras que combinan terapias del curanderismo (como imposición de manos o videncia) con otras propias del ámbito de las MAC (como naturopatía o reflexología) (Pérez Espuñes 2023; Ricco, 2017). En este sentido, estas prácticas ocupan actualmente espacios de sanación situados casi exclusivamente en los márgenes de la biomedicina, solapando o sustituyendo el lugar que antaño ocupaba el modelo clásico de la medicina popular.

Sin embargo, si bien el proceso de medicalización, el poder de la industria farmacéutica, la secularización, junto a muchos otros factores, nos han alejado de este modelo, ciertos mecanismos del capitalismo global están propiciando su reinvenición y actual auge. Un factor clave radica en la posición estratégica que ocupan los remedios tradicionales (en particular los que se basan en el uso de hierbas, cataplasmas y emplastes) dentro del contexto del mercado global, que si bien tiende a la homogeneización, simultáneamente promueve la búsqueda de lo auténtico y natural como estrategia de diferenciación (Ricco 2017). Esta “respuesta local” permite que remedios empíricos (como hierbas y cataplasmas) se integren en la lógica científica actual, funcionando a la vez como productos de consumo y como actos de resistencia frente a la medicalización extrema. El ámbito de la cosmética y el cuidado del cuerpo, a través del culto de la longevidad y la eterna juventud, se está convirtiendo cada vez más en un nicho de mercado crucial en el cual “naturalidad” y “sostenibilidad ambiental” refuerzan la idea, y la promesa, de belleza². En este sentido, Leonti (2024) destaca la tendencia, por parte de los etno-biólogos, a “romantizar” los conocimientos etnobotánicos tradicionales.

Cabe mencionar que la recuperación del elemento empírico que se puede dar a través del uso de remedios naturales, en algunos casos potenciados

2

Para profundizar en esta idea, es interesante el trabajo de Josep Comelles, publicado en este mismo número, *Folkmedicina en el siglo XXI. ¿De qué patrimonio hablamos?*, pp. 72-95.

por elementos simbólicos (Costa y Serra 2025), pero también a través de prácticas de manipulación corporal, no es casual, ya que entra en una lógica científica compartida por la biomedicina. Al respecto, se destaca que determinadas prácticas de curanderismo incluyen también elementos próximos al modelo biomédico, a través, por ejemplo, de la mercantilización del don (que se materializa en el cobro por tratamientos que antes eran gratuitos) o la incorporación de nuevas funciones adaptadas a las demandas de la salud moderna, como el apoyo emocional en casos de ansiedad, depresión o estrés (Pérez Espuñes 2014), hasta el punto de acabar encarnando figuras ambiguas como la de “psicoterapeuta popular” (Blanco 1992). En este sentido, ya Hans Baer (2001) analizaba cómo algunos tratamientos y prácticas alternativas, que compartían elementos con el modelo biomédico (como la osteopatía y la quiropráctica), lucharon por legitimarse adoptando lenguajes científicos, mientras que otras prácticas folk (como la santería o la medicina de los Apalaches) permanecieron en los márgenes como formas de identidad cultural y resistencia.

Otros elementos relevantes tienen que ver con la desconfianza creciente hacia la medicalización excesiva, sobre todo entre las mujeres (Martín 2001), el colapso del sistema sanitario, la iatrogenia social y la búsqueda de formas de cuidado más holísticas y personalizadas. Todos estos componentes contribuyen a la búsqueda de otras soluciones y estrategias para hacer frente a las necesidades de salud, enfermedad y atención y, concretamente, a la creciente difusión de las MAC (Albert Rodrigo 2020; Riccò 2020) y el así lla-



Curandera catalana durante el ritual del *tall de l'airada*, un síndrome culturalmente definido derivado de un golpe de aire que provoca una variedad de malestares físicos, como dolor de cabeza, de huesos y resfriados (2012) | foto Isabella Riccò

mado “ambiente holístico” (Heelas y Woodhead 2008) donde confluyen una variedad de tratamientos y terapias pertenecientes a sistemas médicos distintos y alejados entre ellos. El papel de estas terapias sigue siendo subalterno con respecto al de la biomedicina, si bien profesionales de la medicina integrativa estén haciendo esfuerzos para crear un nuevo modelo de atención al paciente que pueda juntar biomedicina y MAC, teniendo en cuenta al individuo en su globalidad, así como el contexto donde vive. Sin embargo, en España, especialmente a partir de 2018, con la implementación del Plan para la Protección de la Salud frente a las Pseudoterapias, orientado a informar a la ciudadanía mediante informes basados principalmente en revisiones de literatura científica sobre el valor terapéutico y los posibles riesgos de las pseudoterapias, así como a limitar su uso en centros sanitarios públicos, se observa una resistencia institucional particularmente fuerte al reconocimiento de las MAC (Martínez-Cuadros et ál. 2025). Esta resistencia se ha intensificado desde que, a partir de 2017, comenzaron a emplearse términos como pseudociencias y pseudoterapias para referirse de manera generalizada a todas las prácticas y terapias pertenecientes a sistemas médicos distintos del biomédico, en consonancia con un modelo opositor que sustituyó al modelo pluralista dominante hasta entonces (Pareja 2019). Este cambio evidencia el papel del lenguaje y de las palabras estratégicamente seleccionadas para configurar el discurso como ejercicio de poder simbólico (Pareja 2019). A pesar de la dificultad de reconocimiento e institucionalización de muchas de estas terapias, su difusión es indudable, los datos de la encuesta social general española destacan que en el 2024 el 20,2 % (CIS



Curandera durante el ritual de medición del estómago (2011) | foto Isabella Riccò



Despacho de medicina tradicional china en Oxford (2016)



Remedios de hierbas en una feria medieval en Cataluña (2017) | fotos Isabella Riccò

2024) de la població consultó por lo menos una vez en un año a un/a profesional de las MAC.

En este nuevo modelo, denominado “medicina popular glo-local” (Riccò 2017; Riccò 2019a), la articulación entre lo local y lo global se hace mucho más simbiótica. Este concepto describe cómo estas prácticas circulan y se resignifican en contextos globales sin perder su anclaje local. Bajo esta perspectiva, la propagación del conocimiento ya no depende únicamente del contacto directo con lo “exótico”, sino que se nutre de los medios digitales y de las interacciones breves, orientadas al aprendizaje de terapias específicas. Es fundamental destacar que esta glocalización presenta una dualidad: aunque puede conllevar una pérdida de autenticidad, también evidencia la notable capacidad de adaptación de estos saberes. Por esta razón, hablar de salvaguardia de la medicina popular como saber local y comunitario tiene sentido hasta cierto punto. Por un lado, ya no podemos hablar exclusivamente de saberes locales ni comunitarios y, por el otro, hay una evolución constante y fuertemente influenciada por la globalización y los medios de comunicación digital. En este sentido, cabe destacar el papel de otros dos factores que en los últimos años han ido cobrando cada vez más importancia. Por un lado el papel de los y las influencers del bienestar que emplean las redes sociales como herramientas para dispensar consejos teóricos y prácticos sobre problemas psicológicos y emocionales (Zerega Garaycoa et ál. 2024). Algunos de ellos están vinculados con el mundo de la espiritualidad alternativa, las prácticas definidas pseudocientíficas y las MAC. Por otro lado, está el empleo de la inteligencia artificial generativa (IA) como fuente de conocimiento sobre la salud y el bienestar tanto por parte de profesionales como de pacientes. En el ámbito más específico de las MAC y la medicina integrativa, que hacen hincapié en el bienestar holístico de las personas, el uso de la IA puede proporcionar planes de tratamiento personalizados y mejorar la calidad de la atención (Ng et ál. 2024). Ya se han publicado los primeros estudios sobre el uso de esta herramienta en campos como la acupuntura, la fitoterapia y la musicoterapia (Chu et ál. 2024). No obstante,

es necesario tener en cuenta los potenciales riesgos asociados al uso de la IA, como los sesgos en los algoritmos, la falta de contacto humano, la protección de datos (Ng et ál. 2024) y la creación de alucinaciones (Patil 2026). Por el otro lado, se destaca el uso de la IA también como herramienta de autocuidado. Aunque de momento este fenómeno se está verificando sobre todo en el campo de la psicología (Shi y Petrakaki 2026), no tardará en llegar a otros ámbitos.

A MODO DE CONCLUSIÓN

El presente artículo analiza los saberes médicos y las prácticas terapéuticas integradas en la Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial, examinando tanto su relevancia como sus limitaciones. Tras una revisión de los conocimientos incorporados en dicho marco de la Unesco, se advierte un sesgo etnocéntrico y una tendencia hacia la “exotización” en los criterios de selección.

Por un lado, la Convención cumple su objetivo primordial de proteger rituales y saberes de comunidades específicas, cuya transmisión es predominantemente oral y carece de un corpus estructurado. No obstante, la inclusión de prácticas como la acupuntura y la moxibustión plantea una contradicción implícita, ya que estas técnicas forman parte de la medicina tradicional china, un sistema médico institucionalizado, con formación universitaria y sin riesgo de desaparición. Su presencia en la Convención parece obedecer entonces al carácter “exótico” asociado a estas prácticas, ya que pertenecen a un sistema médico distinto del modelo médico hegemónico encarnado por la biomedicina. Asimismo, se observa una asimetría geográfica significativa, ya que las prácticas reconocidas son mayoritariamente originarias de países del Sur Global, aunque la literatura científica (Costa y Serra 2025; De Maya Sánchez y Garre 2023; Pérez Espuñes 2023; Riccò 2019b; Perrin 2013; Riccò 2015) constata la vigencia y persistencia de estas prácticas en países del Norte Global, así como la necesidad de salvaguardarlas también en contextos socioculturales donde la hegemonía de la biomedicina es particularmente fuerte.

En el contexto del capitalismo global la recuperación de lo local se perfila como una estrategia de resiliencia esencial frente a los profundos desafíos a los cuales nos estamos enfrentando, como el cambio climático y la escasez de recursos; aquí el concepto de autosuficiencia adquiere una relevancia crítica (Romero Moragas 2017) al vincular los saberes tradicionales con la sostenibilidad de cada territorio y su comunidad.

El caso de la medicina popular y su actual proceso de evolución y resignificación evidencia la necesidad de superar una visión estática de la conservación,

reconociendo su carácter vivo, dinámico y en permanente transformación. Siguiendo a Chidi Oguamanam y Angela Yeboah-Appiah (2024), un objetivo más realista y modesto por parte de la Unesco sería ayudar a las personas a sostener la evolución dinámica de la cultura sin garantizar ningún resultado específico, partiendo del punto de partida de que el folclore no es inerte, sino que se modifica conforme cambia el contexto cultural (Rodríguez Becerra 2021).

El concepto de medicina popular glo-local evidencia la intersección de distintos elementos que influyen en el cambio de modelo, como la mercantilización de la salud y el impacto de los medios de comunicación digitales, mencionando también las nuevas formas de autocuidado a través de la popularización de la inteligencia artificial generativa. En este sentido, el artículo no solo pretende visibilizar los cambios explícitos e implícitos relativos a la medicina popular y contribuir así al debate sobre el pluralismo terapéutico en España, sino también destacar cómo estos cambios repercuten en el campo de la patrimonialización de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Albert Rodrigo, M. (2020) Cáncer y medicinas alternativas y complementarias: algunos ejemplos de usos e itinerarios terapéuticos. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, n.º 36 (1) (Ejemplar dedicado a: Salut i Espiritualitat), pp. 48-66. Disponible en: <https://publicacions.antropologia.cat/quaderns/article/view/231> [Consulta: 24/04/2026]
- Baer, H.A. (2001) *Biomedicine and Alternative Healing Systems in America: Issues of Class, Race, Ethnicity y Gender*. Madison, Wisconsin: The University of Wisconsin Press
- Bindi, S. (2013) Patrimonialiser la culture: la mise en scène des rituels de possession en Uttarakhand. *Anthropologie et Santé*, n.º 6. Disponible en: <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/1101> [Consulta: 05/03/2026]
- Blanco, E. (1992) Los curanderos, psicoterapeutas populares. *Gazeta de Antropología*, n.º 9, pp. 92-98
- Carreño Calderon, A. (2013) Revisiter les frontières et réparer l'histoire. *Anthropologie & Santé*, vol. 6. Disponible en: <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1087> [Consulta: 28/04/2026]
- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2024) *Encuesta Social General Española 2024 (ESGE)/ Salud (II) (ISSP)*. Disponible en: <https://www.cis.es/documents/20117/13448182/es3462mar-pdf> [Consulta: 05/04/2026]
- Chu, H., Moon, S., Park, J., Bak, S., Ko, Y. y Youn B.Y. (2022) The Use of Artificial Intelligence in Complementary and Alternative Medicine: A Systematic Scoping Review. *Front. Pharmacol*, vol. 13, 826044. Disponible en: 10.3389/fphar.2022.826044 [Consulta: 24/04/2026]
- Comelles, J.M. (2003) Cultura y salud. De la negociación al regreso de la cultura en medicina. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, n.º 19, pp. 111-131. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/QuadernsICA/article/view/95566> [Consulta: 23/04/2026]
- Comelles, J.M. y Perdiguer-Gil, E. (2014) El folklore médico en la nueva agenda de la antropología médica y de la historia de la medicina. En: Perdiguer-Gil, E. y Uribe Oyarbide, T. (ed.) *Antropología médica en la Europa meridional 30 años de debate sobre pluralismo asistencial*. Tarragona: Publicacions URV, pp. 11-51. Disponible en: <https://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/book/142> [Consulta: 17/04/2026]
- Comelles, J. M., Egbe, M. y Alegre, E. (2017) El efecto Danacol. Publicidad, alimentos funcionales y la construcción de la medicina folk. En: Juárez, L.M., Medina, F. X. y López García, J. (coord.) *Comida y mundo virtual: internet, redes sociales y representaciones visuales*. Barcelona: Editorial UOC, pp. 247-283
- Comelles, J.M., Perdiguer-Gil, E. y Riccò, I. (2014) Tullio Seppilli, l'éducation pour la santé et la fondation de l'anthropologie médicale italienne. *Curare*, vol. 37, n.º 2, pp. 85-99
- Comelles, J. M., Riccò, I., Terrón Bañuelos, A. y Perdiguer-Gil, E. (2017) Educación sanitaria y antropología médica en Europa: los casos de Italia y España. *Salud Colectiva*, vol. 13, n.º 2, pp. 171-198. Disponible en: <https://doi.org/doi:10.18294/sc.2017.1196> [Consulta: 23/04/2026]
- Costa, D. y Serra, R. (2025) Herbal medicine in chronic wounds in Calabria region of Italy: an ethnographic study. *Front. Sociol*, vol. 10. DOI: <https://doi.org/10.3389/fsoc.2025.1638784>
- De Maya Sánchez, B. y Hernández Garre, J.M. (2023) Folklore y medicina tradicional. Rituales de sanación del "mal de ojo" en el municipio de Cehegín. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), vol. 27, n.º 65. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/22043> [Consulta: 28/04/2026]
- Estrada i Bonell, F. y Del Marmol Cartañá, C. (2021) Patrimonio cultural inmaterial: enfoques, gestión y desafíos. En: Arrieta Urtizberea, I. y Díaz Balerdi, I. (ed.) *Patrimonio y museos locales: temas clave para su gestión*. El Sauzal (Tenerife): PASOS Revista de Turismo y Patrimonio Cultural, pp. 309-3026. (Colección PASOS Edita, n.º 29). Disponible en: https://www.pasosonline.org/Publicados/pasosedita/PSEdita29/PSEdita29_17.pdf [Consulta: 23/04/2026]
- Foster, G.M. (1980) Relaciones entre la medicina popular española y latinoamericana. En: De Miguel J.M. y Kenny, M. (ed.) *La antropología médica en España*. Barcelona: Editorial Anagrama, pp. 123-148
- Foucault, M. (1977) *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI Editores
- Gelabertó Vilagran, M. (1996) Religión, enfermedad y medicina popular en la Cataluña del siglo XVIII. *Historia Social*, n.º 26, pp. 3-18
- Granero Xiberta, X. (1982) La ideología dominante en los estudios de curanderismo urbano. En: *I Jornades d'Antropologia de la Medicina. Comunicacions: II Coloqui de l'I.C.A. Tarragona, 16-18 de desembre 1982, vol. 2 (La antropología de la medicina en España: metodología y perspectivas)*. Institut Català d'Antropologia, pp. 69-90
- Grasseni, C. (2014) Mapas culturales y el marketing de las localidades. El caso del "Observatorio del paisaje" de Valtaleggio (Italia). En: Roigé, X., Frigolé, J. y Del Marmol, C. (ed.) *Construyendo el patrimonio cultural y natural. Parques, museos y patrimonio rural*. Alzira (Valencia): Editorial Germania, pp. 235-250
- Heelas, P. y Woodhead, L. (2008) *The Spiritual Revolution: Why Religion is Giving Way to Spirituality*. Malden, Massachusetts: Blackwell Publishing

- Kleinman, A. (1980) *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. California University Press
- Laporte, J.R. (2024) *Crónica de una sociedad intoxicada*. Barcelona: Ed. Península
- Leonti, M. (2024) Are we romanticizing traditional knowledge? A plea for more experimental studies in ethnobiology. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, vol. 20, artículo 56. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13002-024-00697-6>
- Martin, E. (2001) *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Beacon Press
- Martínez-Cuadros, R., Blázquez Rodríguez, M., Cornejo-Valle, M. y Griera, M. (2025) Navigating Uncertainty: Professional Trajectories and Recognition Boundaries in Integrative Medicine in Spain. *Qualitative Health Research*, 2025 Nov 26:10497323251385881. DOI: <https://doi.org/10.1177/10497323251385881>
- Menéndez, E.L. (1984) El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, n.º 3
- Molina, A.I. (2020) Rethinking the classifications of medicines: a proposal for intercultural contexts. *Scripta Ethnologica Nueva Epoca*, vol. 45, n.º 2, pp. 35-54
- Moreno Lozano, C. (2020) El problema de los antibióticos: ¿un nuevo problema social? En: Frölich Zapata, J., García, C. y Romani, O. (coord.) *Medicamentos, cultura y sociedad*. Tarragona: Publicacions URV, pp. 77-94. Disponible en: <https://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/book/455> [Consulta: 23/04/2026]
- Ng, J.Y., Cramer, H., Lee, M.S. y Moher, D. (2024) Traditional, complementary, and integrative medicine and artificial intelligence: Novel opportunities in healthcare. *Integrative medicine research*, vol. 13, n.º 1, 101024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.imr.2024.101024>
- Oguamanam, C. y Yeboah-Appiah, A. (2024) Kente Weaving among Akan and Ewe Peoples of Ghana: A Gender-Based Insight into Embedded Intangible Cultural Heritage and Implications for the Implementation of the UNESCO Intangible Cultural Heritage Convention. *International Journal of Cultural Property*, vol. 31, n.º 2, pp. 249-277. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0940739124000213> [Consulta: 28/04/2026]
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2013) *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/9789241506096> [Consulta: 23/04/2026]
- Pareja, E.H.L. (2019) El debate político sobre las terapias alternativas y complementarias en España en la interfaz entre ciencia, política y sociedad (1979-2018). *Perspectivas de la comunicación*, vol. 12, n.º 2 pp. 155-193. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48672019000200155>
- Patil, A.D. (2026) AI Hallucination, Research Integrity and the Future of Homeopathic Research: Navigating Promise and Peril. *International Journal of High Dilution Research*, vol. 26, n.º cf (2026), pp. 1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.51910/ijhdr.v26icf.1819> [Consulta: 22/04/2026]
- Perdiguero, E. (2004) Magical Healing in Spain (1875-1936): medical pluralism and the search for hegemony. En: De Blécourt, W. y Davies, O. (ed.) *Witchcraft continued: popular magic in modern Europe*. Manchester: Manchester University Press, pp. 133-150
- Pérez Espuñes, B. (2014) El curanderismo femenil a la comarca del Segrià. Un fenomen en transformació. *Shikar. Revista del Centre d'Estudis Comarcals del Segrià*, n.º 1, pp. 108-113. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/Shikar/article/view/295459> [Consulta: 24/04/2026]
- Pérez Espuñes, B. (2023) *El do de curar. Una etnografía sobre curanderismo contemporani a les Terres de Ponent*. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10803/692983> [Consulta: 28/04/2026]
- Perrin, J. (2013) (Dé)classer la "médecine populaire" en Suisse: de la suspicion de charlatanisme à la reconnaissance patrimoniale. *Anthropologie & Santé*, n.º 6. Disponible en: <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1076> [Consulta: 23/04/2026]
- Riccò, I. (2015) La folk medicina en la Cataluña actual: una comparaciòn entre viejas y nuevas prácticas de curandería. En: Perdiguero-Gil, E. y Comelles, J.M. (ed.) *Medicina y Etnografía en Cataluña*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), pp. 81-100
- Riccò, I. (2017) *En busca de un "nuevo mundo mágico". De la medicina popular a las terapias New Age en un Occidente desencantado*. Tesis doctoral. Universitat Rovira i Virgili. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/461159/TESI.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Consulta: 23/04/2026]
- Riccò, I. (2019a) Historia de la medicina popular: del modelo clásico al glo-local. Disparidades. *Revista de Antropología*, vol. 74, n.º 2, e022. Disponible en: <https://doi.org/10.3989/dra.2019.02.022> [Consulta: 23/04/2026]
- Riccò, I. (2019b) Pluralismo terapeutico e medicina popolare: dalla segnatura alle medicine alternative estratto. *Lares*, LXXXV (3), pp. 475-492
- Riccò, I. (2020) El auge de las medicinas alternativas y terapias New Age como respuesta a "la nueva crisis de la presencia". *Quaderns*, n.º 36(1), pp. 67-79. Disponible

en: <https://publicacions.antropologia.cat/quaderns/article/view/241> [Consulta: 23/04/2026]

- Rodríguez Becerra, S. (2021) Reflexiones sobre el concepto y evolución del folclore. *Antropología Experimental*, n.º 21, pp. 207-220. Disponible en: <https://doi.org/10.17561/rae.v21.6588> [Consulta: 23/04/2026]
- Romero Moragas, C. (2017) Patrimonio y resiliencia. *revista PH*, n.º 91, pp. 132-133. Disponible en: <https://doi.org/10.33349/2017.0.3870> [Consulta: 05/03/2026]
- Scovazzi, T y Westra, L. (2017) La salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial en virtud de la Convención de la Unesco de 2003: el estudio de casos de las Primeras Naciones de Canadá. *Inter Gentes*, vol. 1, n.º 2, pp. 1-19
- Seppilli, T. (1983) La medicina popolare in Italia: Avvio ad una nuova fase della ricerca e del dibattito. *La Ricerca Folklorica*, n.º 8, pp. 3-6
- Shi, R. y Petrakaki, D. (2026) User-AI intimacy in digital health. *Social Science & Medicine*, vol. 389, 118853. DOI: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118853>
- Smith, L. y Akagawa, N. (ed.) (2009) *Intangible Heritage*. London: Routledge
- Timón Tiemblo, M. P. y Muñoz Carrión, A. (2021) Memoria e identidad de las comunidades portadoras en el desarrollo de buenas prácticas de salvaguardia del PCI. *revista PH*, n.º 104, pp. 78-102. Disponible en: <https://doi.org/10.33349/2021.104.4973> [Consulta: 03/03/2026]
- Torres González, F. (1998) Medicina popular en la provincia de Ciudad Real. En: Castillo Ojugas, A. y Fernández García, J. (ed.) *La medicina popular española*. Oviedo: Editorial B. Lozano
- UNESCO [Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura] (2003) *Convención para la salvaguarda del patrimonio cultural inmaterial*. París. Disponible en: <https://ich.unesco.org/es/convenci%C3%B3n> [Consulta: 03/03/2026]
- Vadi, V. (2007) Intangible heritage: traditional medicine and knowledge governance. *Journal of Intellectual Property Law & Practice*, vol. 2, n.º 10, pp. 682-691. DOI: <https://doi.org/10.1093/jiplp/jpm144>
- Zerega Garaycoa, M.M., Tutivén-Román, C., Cisternas-Osorio, R., Labate, C. y Becker Cantariño, L.M. (2024) Influencers hispanohablantes del bienestar en la era de los cuidados: corrientes y temas durante el año 2023. *Vivat Academia*, n.º 157, pp. 1-25. Disponible en: <http://doi.org/10.15178/va.2024.157.e1533> [Consulta: 24/04/2026]

¿De qué habla la Unesco cuando habla de salud? Una aproximación a la Convención del Patrimonio Inmaterial

Javier Hernández-Ramírez, Carmen Mozo González | Dpto. Antropología Social, Universidad de Sevilla

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6156>

RESUMEN

Este artículo analiza cómo la Unesco conceptualiza la salud en el marco de la Convención de 2003 para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial (PCI). Parte de la constatación de que la organización opera con una concepción holística de la salud, entendida no solo como ausencia de enfermedad, sino como un estado dinámico de bienestar físico, mental, social y, en numerosos casos, espiritual.

A partir del examen sistemático de los bienes inscritos en las tres listas del PCI vinculados con la salud, se analiza cómo esta es definida, clasificada y legitimada en el marco patrimonial de la Unesco. La investigación identifica 150 elementos y propone una tipología de doce categorías que refleja la diversidad de formas en las que la salud es contemplada en prácticas culturales, modos de vida y sistemas simbólicos.

Los resultados muestran que la salud no se presenta como un ámbito escindido ni exclusivamente biomédico, sino como una dimensión transversal imbricada en actividades rituales, performativas, productivas y sociales. No obstante, esta mirada no responde únicamente a una opción conceptual, sino también a dinámicas institucionales, geopolíticas y de legitimación que influyen en qué prácticas se reconocen, cómo se clasifican y bajo qué criterios se validan. El análisis longitudinal y regional evidencia, además, un crecimiento sostenido de estos elementos y una distribución geográfica desigual, lo que permite problematizar las dinámicas que configuran la visibilidad patrimonial de la salud a escala global.

Palabras clave

Bienestar | Convención para la salvaguardia del patrimonio cultural inmaterial | Inscripciones | Listas del PCI | Medicina tradicional | Patrimonio cultural inmaterial | Política patrimonial | Salud | Unesco |



"Laughter Yoga" en Sambhaji Park (Mumbai, India) | foto BMW Guggenheim Lab

What Does UNESCO Mean When It Talks About Health? An Overview of the Convention for the Safeguarding of the Intangible Cultural Heritage

ABSTRACT

This article examines how Unesco conceptualizes health within the framework of the 2003 Convention for the Safeguarding of the Intangible Cultural Heritage. It starts from the premise that the organization operates with a holistic understanding of health, defined not merely as the absence of disease but as a dynamic state of physical, mental, social and, in many cases, spiritual well-being. Based on a systematic analysis of the elements inscribed on the three lists of Intangible Cultural Heritage that are linked to health, the article explores how it is defined, classified and legitimized within UNESCO's heritage framework. The research identifies 150 elements and proposes a typology of twelve categories reflecting the diverse ways in which health is embedded in cultural practices, modes of life and symbolic systems. The results show that health is not presented as a separate or exclusively biomedical field, but rather as a cross-cutting dimension interwoven with rituals, performative elements, productive and social activities. However, this view is not solely a conceptual choice, but also responds to institutional, geopolitical and legitimation dynamics that influence which practices are recognised, how they are classified and under what criteria they are validated. Longitudinal and regional analysis also shows sustained growth in these elements and unequal geographical distribution, which allows us to identify the problematic/difficult/complex dynamics shaping the visibility of health heritage on a global scale.s

Key words

Wellbeing | Convention for the Safeguarding of the Intangible Cultural Heritage | Inscriptions | ICH Lists | Traditional Medicine | Intangible Cultural Heritage | Heritage Policy | Health | UNESCO |

Cómo citar: Hernández-Ramírez, J. y Mozo González, C. (2026) ¿De qué habla la Unesco cuando habla de salud? Una aproximación a la Convención sobre la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial. *revista PH*, n.º 118, pp. 116-145. Disponible en: www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6156 DOI 10.33349/2026.118.6156

Enviado: 20/02/2026 | **Aceptado:** 30/03/2026 | **Publicado:** 10/06/2026

En las últimas décadas, la noción de salud ha adquirido una creciente centralidad en el discurso internacional sobre cultura y desarrollo. Sin embargo, cuando la Unesco incorpora la salud al marco del patrimonio cultural inmaterial (PCI), el término no aparece definido de manera explícita ni unívoca. ¿Qué significa “salud” en este contexto? ¿Desde qué presupuestos conceptuales se articula su relación con el patrimonio?

Este artículo aborda estas preguntas analizando el marco normativo de la Convención de 2003 y los expedientes de los bienes inscritos en las tres listas del PCI que se vinculan a la salud. El propósito es desentrañar la concepción de la salud que subyace a las políticas patrimoniales de la Unesco y ofrecer un marco interpretativo para comprender su alcance e implicaciones.

En este sentido, la investigación se orienta a comprender el modo en que la organización supranacional define, clasifica, reconoce, salvaguarda y legitima determinadas expresiones culturales como significativas para la salud y el bienestar, configurando así un régimen discursivo de alcance global que orienta las políticas de valoración y gestión patrimonial.

¿DE QUÉ HABLA LA UNESCO CUANDO HABLA DE SALUD?

Con el objeto de implementar la Convención de 2003, la Unesco establece una serie de directrices operativas, esto es, un conjunto de normas y procedimientos detallados para ayudar a los Estados Parte en esta labor. En el Capítulo VI del documento se desarrollan las directrices vinculadas a los tres pilares de la sostenibilidad (desarrollo social, económico y medioambiental), además de la paz. Dentro del apartado VI.1, dedicado al desarrollo social inclusivo, el punto VI.1.2. aborda específicamente la atención médica y sanitaria.

El epígrafe es interesante porque en él está contenida la concepción que tiene la Unesco sobre el PCI en materia de salud que se plasmará luego en el tipo de bienes inscritos que se relacionan con este campo. En este apartado se establece que los Estados Parte deben reconocer, respetar y fortalecer las prácticas médicas y sanitarias que las comunidades identifican como constitutivas de su PCI y que contribuyen a su bienestar. Estas prácticas comprenden conocimientos, recursos, usos, ritos y creencias asociados a la atención de la salud. Asimismo, se insta a los Estados a aprovechar su potencial para mejorar el acceso a una atención sanitaria de calidad. Para ello, se recomienda: (a) promover investigaciones –incluidas las realizadas por las propias comunidades–; (b) adoptar medidas jurídicas y administrativas que faciliten el acceso a los conocimientos y recursos necesarios para su práctica y transmisión, respetando las normas consuetudinarias; y (c) fomentar la colaboración y complementariedad entre los distintos sistemas de atención sanitaria.

Cuando esta concepción holística se aplica, alude a conocimientos y prácticas que deben ser reconocidos colectivamente como parte del patrimonio cultural inmaterial. En consecuencia, el sistema biomédico, altamente profesionalizado, institucionalizado y sustentado en la autoridad experta no se ajusta plenamente a esta lógica de patrimonialización.

Ello no implica que la biomedicina quede absolutamente excluida del campo del PCI. Más bien, no es patrimonializada como sistema científico en sí mismo, a pesar de que participa en el contexto cultural y de creencias en que se inserta. Sin embargo, en diversos expedientes de inscripción de bienes en las listas del PCI aparecen referencias a validaciones científicas o a terapias que dialogan con marcos biomédicos. Se observa así una relación compleja: el PCI privilegia saberes culturalmente situados y colectivamente reconocidos, al tiempo que los apoya estratégicamente en discursos tecno-científicos para reforzar su legitimidad. En este sentido, más que una exclusión tajante, se trata de una delimitación conceptual entre lo que se patrimonializa como tradición cultural y lo que permanece en el ámbito de la ciencia institucionalizada y pensada como excluida de lo cultural¹.

La concepción de patrimonio inmaterial en salud de la Unesco se alinea y confluye con las directrices establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Y esto es así porque desde la celebración de la Primera Asamblea Mundial de la Salud en 1948, existe un Acuerdo entre la Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y la OMS que, en su Artículo I, señala que ambos organismos “convienen en actuar en estrecha colaboración y en consultarse, cuando sea procedente, sobre los asuntos de interés común” (OMS 2020, 65).

La definición de salud de la OMS –que fue formulada en su Constitución de 1948– establece en su preámbulo que la salud es “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”. Documentos posteriores como la Declaración de Alma-Ata (1978) y la Carta de Ottawa (1986) consolidaron una visión de la salud como proceso social, derecho humano fundamental y responsabilidad compartida que no concierne exclusivamente al sector sanitario, subrayando la promoción de la salud y la participación comunitaria (Piédrola Gil 1991; Rivera de los Santos et ál. 2011)².

En la misma línea, las estrategias recientes de la OMS sobre Medicina Tradicional, y posteriormente sobre Medicina Tradicional, Complementaria e Integradora, promueven su integración regulada en los sistemas nacionales de salud, insistiendo en su evaluación científica, seguridad y complementariedad con la biomedicina. No se plantea sustituir el sistema biomédico, sino reconocer la posible contribución de otros sistemas de conocimiento bajo criterios de evidencia y regulación.

1

Se mantiene el presupuesto de que la ciencia no participa del ámbito cultural y de creencias en el que se inserta, que ya fue cuestionado por la Antropología de la Salud a finales de los años 70 y principios de los 80, fundamentalmente cuando Kleiman (1978, 1980) planteó que la biomedicina era también un sistema cultural, históricamente situado, con creencias, valores, normas y prácticas específicas.

2

La Declaración de Alma-Ata (Kazajistán) se redactó en la I Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud (OMS 1978) y la Carta de Ottawa (Canadá) en la I Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (OMS 1986).



Una médica tradicional anuncia sus servicios | foto Africraigs

Desde esta perspectiva, la concepción de la salud que se desprende de la Convención de 2003 se articula en coherencia con este marco internacional: una visión amplia, multidimensional y culturalmente situada, que reconoce la diversidad de prácticas y saberes en materia de atención sanitaria y bienestar y que insiste en la importancia de su verificación bajo las bases de la evidencia.

En esta mirada holística, la salud no aparece como un campo escindido del resto de la vida social ni como un ámbito exclusivamente regulado por saberes médicos especializados, sino como una dimensión transversal integrada en conocimientos tradicionales, prácticas rituales y expresivas, y actividades productivas (Skointi 2017). Esta configuración cuestiona, aunque de manera ambigua puesto que no renuncia a ellos como criterio de validación, enfoques médico-céntricos y sugiere que, en el marco del PCI, la salud y el bienestar se construyen y expresan en estrecha relación con modos de vida y sistemas simbólicos.

METODOLOGÍA

Con el fin de analizar cómo la Unesco construye discursivamente la relación entre patrimonio cultural inmaterial y salud, se desarrolló una estrategia metodológica articulada en tres fases complementarias. En primer lugar, se procedió a la delimitación del corpus, lo que implicó la exclusión razonada de la Lista del Patrimonio Mundial y la focalización exclusiva en las tres listas del PCI. En una segunda fase, se seleccionaron y clasificaron según una tipología propia los bienes inscritos en dichas listas que la Unesco relaciona, directa o indirectamente, con la salud. Finalmente, en una tercera fase, se llevó a cabo el análisis exhaustivo de los elementos seleccionados.

A continuación, se describen con mayor detalle cada una de estas tres fases del proceso metodológico.

El primer paso consistió en la demarcación del corpus de análisis, lo que supuso descartar la Lista del Patrimonio Mundial regulada por la Convención de 1972. Esta decisión responde a razones tanto conceptuales como empíricas. La Convención para la Protección del Patrimonio Mundial, Cultural y Natural prioriza la inscripción de bienes culturales y naturales cuyo valor universal excepcional se fundamenta en criterios históricos, artísticos, arquitectónicos o ambientales, pero no concede un lugar central a la salud, la medicina o las prácticas terapéuticas como valores patrimoniales en sí mismos. Aunque existen algunos bienes vinculados con instituciones sanitarias (hospitales, balnearios, hospicios, santuarios), la relación entre patrimonio y salud en esta lista es tangencial, secundaria o instrumental, y rara vez constituye el eje principal de la justificación patrimonial. De hecho, ni la convención de 1972 ni las Directrices Prácticas para la Implementación de la Lista del Patrimonio Mundial contienen menciones explícitas a la salud, la medicina o a prácticas terapéuticas de carácter curativo como criterios de valorización patrimonial³.

Por el contrario, la Convención de 2003 pone en valor conocimientos, saberes, prácticas y formas de cuidado profundamente engarzados en universos culturales específicos, en los que se articulan la salud, el bienestar, la prevención y la curación. En consecuencia, el análisis se ha centrado exclusivamente en sus tres listas: la Lista Representativa, la Lista del PCI que requiere medidas urgentes de salvaguardia y el Registro de Buenas Prácticas de Salvaguardia.

La segunda fase de la investigación ha consistido en la selección y sistematización pormenorizada de los elementos inscritos en las tres listas del PCI que la Unesco vincula con la ecuación “patrimonio cultural inmaterial/salud-bienestar”, entendida en sentido amplio y no restringida a categorías biomédicas. Este criterio presenta una doble ventaja metodológica: por un lado, evita una selección arbitraria basada en interpretaciones externas; por otro, permite trabajar desde las propias clasificaciones y categorías operativas del organismo supranacional, objeto central del análisis.

El procedimiento de selección de los elementos se estructuró en tres niveles sucesivos de inclusión y depuración.

a) Selección a partir del ODS 3 “Salud y bienestar” del Tesauro de la Unesco⁴.

En primer lugar, se seleccionaron todos los elementos del PCI que la Unesco relaciona explícitamente con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Salud y bienestar) en su plataforma oficial. Se incluyeron tanto los elementos a los que la Unesco otorga una vinculación primaria con este objetivo como aque-

3

Para esta investigación se ha realizado una búsqueda selectiva en la Lista del Patrimonio Mundial, atendiendo a 54 términos vinculados con la salud y el bienestar. Como resultado de esta exploración detallada, tan solo se han identificado 6 elementos de los 972 bienes inscritos en este inventario de la Unesco en la categoría Patrimonio Cultural (2025). Concretamente, los grandes Balnearios de Europa (2021); el Hospicio Cabañas de Guadalajara (México, 1997); el Palau de la Música Catalana y el hospital de Sant Pau de Barcelona (1997); la Gran mezquita y hospital de Divriği (Turquía, 1985); As-Salt y el Hospital inglés (Jordania, 2021) y el Santuario de Asclepio en Epidauro (Grecia, 1988). Todos ellos son inmuebles vinculados con la curación, el bienestar o la sanación, pero han sido reconocidos principalmente por su singularidad histórica, arquitectónica y artística. La única excepción es Los grandes Balnearios de Europa, cuya inscripción reconoce modelos europeos de uso médico y terapéutico de las aguas minerales, así como el papel de estos balnearios en el desarrollo de la medicina, las ciencias y la balneoterapia.

4

El Tesauro es una herramienta terminológica creada por la Unesco para normalizar, clasificar y describir de manera coherente y controlada los elementos del PCI. A través del buscador de elementos de las listas del PCI se pueden filtrar palabras clave.

llos cuya relación con el ODS 3 considera secundaria o transversal. El resultado de esta selección fue de 139 elementos.

b) Refinamiento mediante la búsqueda en el Tesoro de otros términos.

En una segunda etapa, el análisis se perfeccionó mediante la revisión de los conceptos contenidos también en el Tesoro de la Unesco vinculados más directamente con los sistemas médicos y que no estaban incluidos en el ODS 3. El resultado final fue la incorporación a la muestra de once elementos nuevos.

c) Exclusión de los ámbitos del PCI como criterio de selección⁵.

Finalmente, se optó por no utilizar como criterio de selección los cinco ámbitos del PCI definidos por la Convención de 2003, debido a su ambigüedad analítica y frecuente solapamiento, ya que un mismo elemento puede inscribirse simultáneamente en varios ámbitos, lo que dificulta su uso como herramienta clasificatoria eficaz para un análisis centrado específicamente en la relación entre patrimonio y salud.

Como resultado de este procedimiento, se seleccionaron 150 elementos, lo que representa casi el 20 % del total de bienes inscritos en las listas del PCI de la Unesco en 2025 (849). Esta proporción constituye un indicador significativo de la importancia que la propia Unesco concede a la conexión entre patrimonio cultural, salud y bienestar, y refuerza la pertinencia del enfoque adoptado.

La tercera fase de la investigación consistió en el análisis exhaustivo de los elementos seleccionados, atendiendo tanto a su descripción pública en la web oficial de la Unesco como a los expedientes completos de candidatura elaborados por los Estados Parte y validados por el organismo internacional. Estas fuentes se abordaron desde un enfoque de análisis crítico del discurso, entendiendo que los documentos institucionales no solo describen la realidad, sino que la producen: legitiman categorías, autorizan determinados saberes y prácticas, establecen jerarquías simbólicas y silencian otras formas de comprensión de la salud y el bienestar.

El procedimiento analítico consistió en identificar y sistematizar el uso que los documentos hacen de un conjunto de términos clave relacionados con la salud y el bienestar. Los términos analizados fueron: *health, healing, wellness, well-being, well-care, care, disease, illness, sickness, medicine, medical, therapy, therapist, therapeutic* y *pharmacoepia*. El análisis no se limitó a la mera frecuencia de aparición de estos términos, sino que atendió a los contextos de uso y significados dentro de cada expediente. Como resultado del análisis, los 150 elementos fueron clasificados en 12 tipos, según una categorización propia, que reflejan la diversidad y complejidad de la mirada holística de la Unesco sobre la relación entre patrimonio y salud. Estas cate-

5

Los ámbitos del PCI son los siguientes: (1) Tradiciones orales; (2) Artes del espectáculo; (3) Usos sociales, rituales y actos festivos; (4) Conocimientos y prácticas relativos a la naturaleza y el universo y (5) Saberes y técnicas vinculados a la artesanía tradicional.

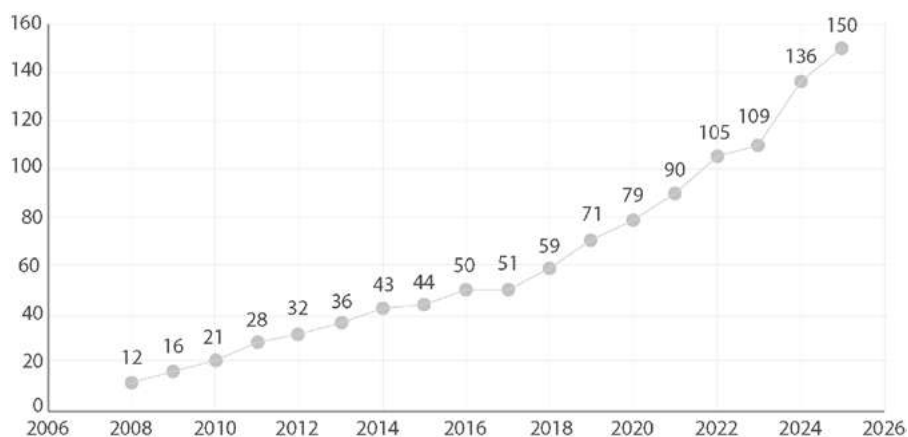
gorías no se conciben como cerradas ni excluyentes, sino como herramientas analíticas orientadas a ordenar el material y a facilitar la comparación. Debe advertirse, no obstante, que algunos elementos presentan rasgos susceptibles de remitir a más de una categoría, por lo que la clasificación comporta ciertos solapamientos. En estos casos, la adscripción tipológica respondió a una decisión analítica orientada por la priorización de aquellos atributos considerados más significativos o definitorios de cada elemento.

Los doce tipos construidos son los siguientes: Actividades agropecuarias; Artes performativas; Artesanías; Atención a la salud; Balneoterapia; Gastronomía; Juegos y deportes; Medicina vernácula; Modos de vida y costumbres; Partería; Rituales y Yoga.

ESTRUCTURA Y DISTRIBUCIÓN DE LOS ELEMENTOS DEL PCI VINCULADOS A LA SALUD Y EL BIENESTAR

Evolución temporal

El siguiente gráfico representa la evolución temporal del número de elementos inscritos en las listas del Patrimonio Cultural Inmaterial que la Unesco vincula a la salud y el bienestar entre 2008 y 2025. Tal como se muestra, el crecimiento registrado es continuo, sin descensos ni estancamientos prolongados, lo que pone de manifiesto una tendencia sostenida en el tiempo. La regularidad y continuidad del crecimiento permiten interpretarlo como una tendencia estructural en la configuración del PCI, caracterizada por una presencia cada vez más significativa de elementos vinculados a la salud y el bienestar. En este contexto, la incorporación recurrente de este tipo de elementos puede entenderse como un eje transversal dentro de las políticas patrimoniales de la organización, más que como un criterio accesorio o marginal.



Evolución del número de elementos del PCI vinculados a la salud y el bienestar (2008-2025)
| gráfico elaboración propia a partir de datos Unesco

6

Aunque somos conscientes del carácter convencional y parcialmente arbitrario que comporta toda división territorial, en este trabajo se adopta la regionalización mundial utilizada por la Unesco como criterio analítico, dado que el objeto de estudio es precisamente el discurso producido por esta organización internacional. El uso de sus propias categorías y demarcaciones territoriales responde, por tanto, a una decisión metodológica orientada a analizar dicho discurso en sus propios términos, en la medida en que tales geografías institucionales forman parte del propio dispositivo clasificatorio mediante el cual la Unesco organiza y produce su representación del patrimonio a escala global.

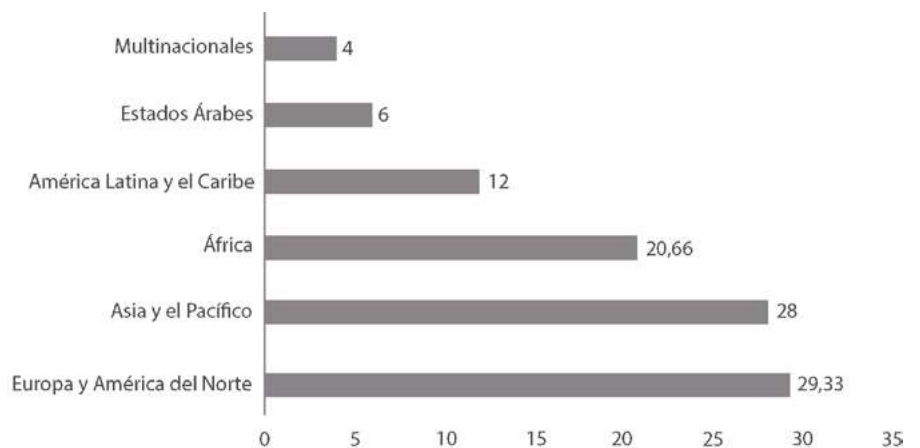
Distribución regional

El análisis de la distribución regional de elementos seleccionados permite valorar en qué medida la patrimonialización de prácticas, saberes y conocimientos relacionados con la salud y el bienestar se distribuye de manera homogénea o desigual a escala global⁶.

Un primer aspecto destacable es que la totalidad de las regiones definidas por la Unesco se encuentra representada en las listas. Esta distribución confirma el carácter global de la patrimonialización de prácticas y saberes relacionados con la salud, en coherencia con el enfoque inclusivo y universal promovido por la organización. Sin embargo, el análisis de la distribución revela diferencias significativas en el peso relativo de los elementos entre las distintas regiones.

La distribución regional de los elementos muestra una representación desigual. Dos regiones concentran alrededor del 30 % de los casos cada una, una tercera alcanza el 20,66 % y las restantes presentan porcentajes considerablemente inferiores. Estos datos sugieren que la patrimonialización de prácticas y saberes relacionados con la salud y el bienestar responde a dinámicas regionales diferenciadas, sin que ello implique una concentración exclusiva ni una lógica monocéntrica.

Europa y América del Norte (29,33 %) y Asia y el Pacífico (28 %) concentran los porcentajes más elevados, sumando conjuntamente más de la mitad de los elementos analizados. África presenta una representación significativa (20,66 %), lo que indica una presencia consolidada de elementos vinculados a la salud y el bienestar en esta región dentro del PCI. En contraste, América Latina y el Caribe (12 %) y, especialmente, los Estados árabes (6 %) muestran una participación cuantitativamente menor. Aunque esta cuestión



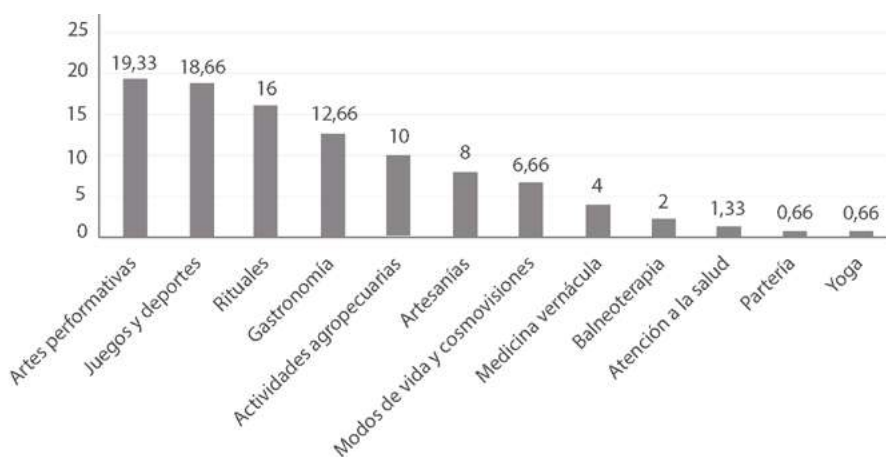
Distribución regional (%) de los elementos del PCI vinculados a la salud y el bienestar | gráfico elaboración propia a partir de datos Unesco

excede el objetivo central del artículo, estas diferencias pueden estar relacionadas con las distintas capacidades institucionales de los Estados Parte en los procesos de nominación de candidaturas (Duvellé 2017; Velasco 2012; You y Hardwick 2020), más que con la ausencia de tradiciones médicas, terapéuticas o de promoción de la salud en dichas regiones. Desde esta perspectiva, la distribución regional no solo describe la localización de los elementos, sino que ofrece una base empírica para analizar cómo se construye la visibilidad patrimonial de la salud en el marco de la Unesco.

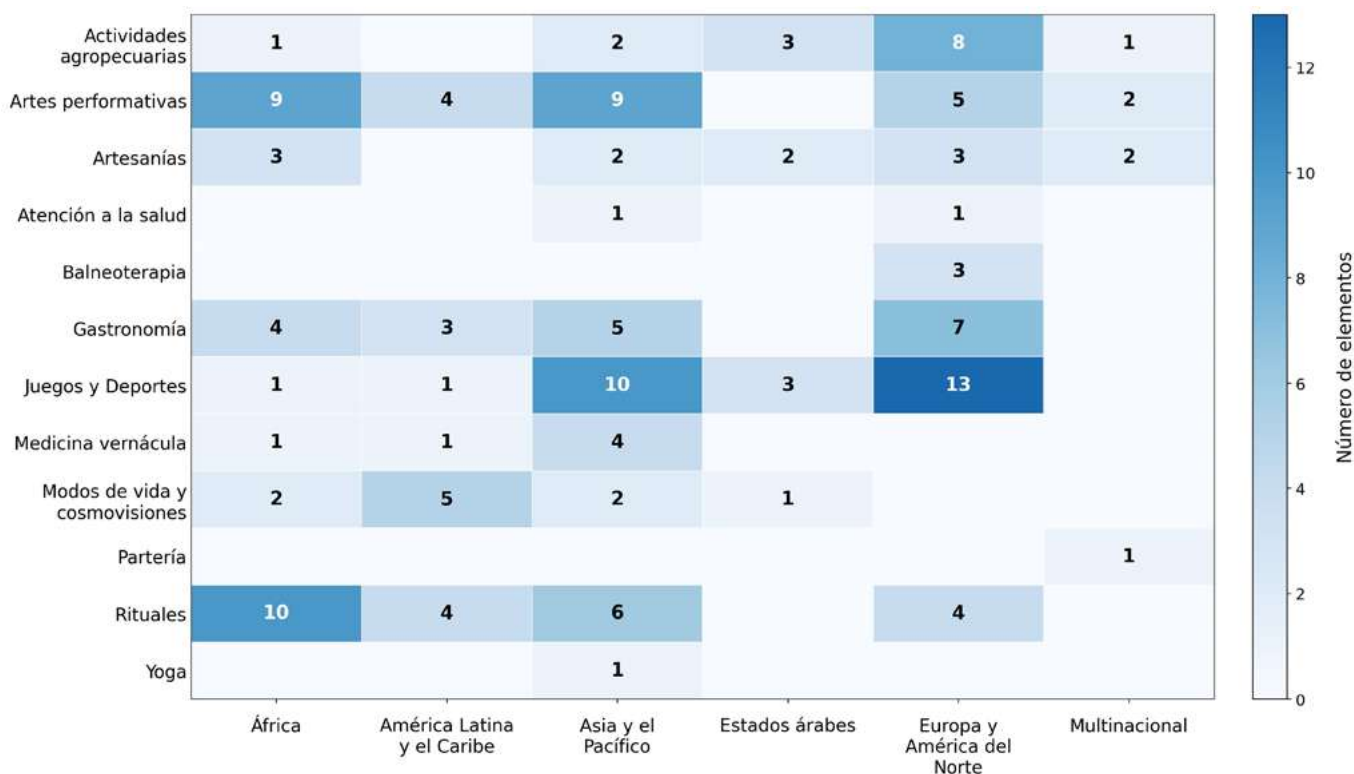
Finalmente, los elementos multinacionales, aunque minoritarios en términos cuantitativos (4 %), adquieren una relevancia analítica particular. Por un lado, evidencian que numerosas prácticas, saberes y conocimientos vinculados a la salud y el bienestar se inscriben en procesos históricos de circulación cultural, intercambio y adaptación local; por otro, trascienden las fronteras políticas y marcos regionales, cuestionando narrativas excluyentes o territorialistas del PCI.

Tipología

Agrupados los elementos en tipos, la diversidad identificada permite inferir la concepción holística de la salud y el bienestar que subyace al enfoque de la Unesco. El gráfico siguiente muestra la distribución porcentual de los distintos tipos de elementos sobre el total de los analizados. Las Artes performativas constituyen el grupo más numeroso (19,3 %), seguidas de Juegos y deportes (18,6 %) y Rituales (16 %). En un nivel intermedio se sitúan la Gastronomía (12,6 %) y las Actividades agropecuarias (10 %). Las Artesanías representan un 8 %, mientras que los Modos de vida y cosmovisiones alcanzan el 6,6 %. Los tipos con menor peso cuantitativo (aunque no menor relevancia cualitativa puesto que, como se analiza más adelante, son aquellos a cuyos elementos la Unesco atribuye una vinculación más directa con la salud y el



Distribución porcentual de los tipos del PCI vinculados a la salud y el bienestar | gráfico elaboración propia a partir de datos Unesco



Distribución regional de los tipos del PCI vinculados a la salud y el bienestar | gráfico elaboración propia a partir de datos Unesco

bienestar) son Medicina vernácula, Balneoterapia, Partería, Yoga y Atención a la salud. Esta distribución tipológica muestra que los bienes patrimoniales inscritos asociados a la salud no se centran exclusivamente en prácticas terapéuticas, sino en una amplia gama de actividades orientadas al bienestar físico, emocional, social y simbólico y que la salud es concebida como un fenómeno complejo, multidimensional y culturalmente situado.

Como se observa en el gráfico de arriba, la distribución regional de los tipos presenta patrones diferenciados. Las Artes performativas y los Rituales se concentran mayoritariamente en Asia y el Pacífico y en África, mientras que las Actividades agropecuarias y los Juegos y deportes predominan en Europa y América del Norte. Las Artesanías muestran una presencia destacada en los Estados Árabes, y los Modos de vida y cosmovisiones se localizan en América Latina y el Caribe y África, sin registros en Europa y América del Norte. Por su parte, los tipos Medicina vernácula, Balneoterapia, Partería, Yoga y Atención a la salud se sitúan mayoritariamente en Asia, África y América Latina. En concreto, no existe ningún elemento de Medicina vernácula reconocido en la región de Europa y América del Norte. Si la diversidad médica es estructural incluso en lugares en los que la biomedicina está fuertemente implantada, esta ausencia invita a reflexionar sobre los criterios

de patrimonialización y los regímenes de visibilidad que operan en distintos espacios geográficos.

Las asimetrías anteriores no pueden interpretarse únicamente como reflejo de diferencias culturales intrínsecas, sino que remiten también a procesos diferenciados de patrimonialización. En el caso europeo, las prácticas relacionadas con la salud tienden a ser reconocidas cuando se articulan con discursos biomédicos sobre estilos de vida saludable (como ocurre con la gastronomía o el deporte). Por el contrario, en Asia y África, los expedientes de inscripción visibilizan con mayor frecuencia prácticas rituales y performativas que integran dimensiones espirituales, comunitarias y terapéuticas. Este contraste invita a considerar que en la construcción patrimonial de la salud operan regímenes diferenciales de legitimidad y posibles dinámicas de *exotización*, mediadas por marcos institucionales y desiguales capacidades estatales.

El análisis ha tenido en cuenta también el número de elementos que, dentro de cada tipo, presenta una vinculación primaria o secundaria con la salud y el bienestar según el criterio de la Unesco (ver tabla)⁷. El 100 % de los elementos que integran los tipos Medicina vernácula, Balneoterapia, Partería y Yoga presentan una vinculación primaria con la salud según la Unesco. Además, son los tipos donde más se observan procesos de institucionalización, estandarización y referencias a validaciones científicas.

Salvo en Atención a la salud (50 %), la mayoría de los elementos que componen el resto de los tipos presentan una vinculación secundaria con la salud según la Unesco, aunque relevante desde una perspectiva cultural. En ellos, la salud no constituye el núcleo definitorio, sino un componente

7

La Unesco distingue entre vinculación “primaria” y “secundaria” con el ODS 3 (Salud y bienestar) en la descripción oficial de cada elemento inscrito como PCI.

Grado de vinculación con la salud y el bienestar de los elementos del PCI | tabla elaboración propia a partir de datos Unesco

Tipos	Elementos	Vinculación Primaria	Porcentaje
Balneoterapia	3	3	100
Medicina vernácula	6	6	100
Partería	1	1	100
Yoga	1	1	100
Atención a la salud	2	1	50
Rituales	24	6	25
Juegos y Deportes	28	6	21,42
Artesanías	12	2	16,66
Artes performativas	29	4	13,79
Actividades agropecuarias	15	1	6,66
Gastronomía	19	1	5,26
Modos de vida y cosmovisiones	10	0	0

integrado en entramados culturales más amplios. Esta diferencia muestra que la patrimonialización de la salud oscila entre su reconocimiento como campo terapéutico explícito y su integración transversal en formas de vida, prácticas simbólicas y actividades cotidianas, revelando además una jerarquización implícita de los modos en que la Unesco vincula patrimonio y salud.

ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS TIPOS DEL PCI VINCULADOS CON LA SALUD Y EL BIENESTAR

A continuación, se examina cómo se expresa la vinculación entre patrimonio cultural inmaterial y salud en cada uno de los tipos construidos para esta investigación. El análisis se organiza comenzando por aquellos tipos a los que la Unesco atribuye una vinculación primaria con la salud, para abordar posteriormente aquellos a los que la institución atribuye una relación mayoritariamente secundaria, según se puede consultar en la tabla anterior.

Tipos con vinculación primaria con la salud y el bienestar

Bajo este epígrafe se presentan los tipos Medicina vernácula, Balneoterapia, Partería y Yoga, así como Atención a la salud.

8

En este artículo se utilizará entre comillas, en el texto o en las notas al pie, la denominación oficial que la Unesco asigna a cada elemento en la web de las Listas del Patrimonio Cultural Inmaterial y del Registro de Buenas Prácticas de Salvaguardia. Esta decisión resulta coherente con la metodología adoptada, ya que el objetivo de la investigación es el estudio de la narrativa institucional producida por esta organización supranacional a partir de sus propias categorías, clasificaciones y denominaciones.

9

Es interesante señalar cómo el Plan para la Protección de la Salud frente a las Pseudoterapias de 2018 del Gobierno de España incluye a la acupuntura, la moxibustión de la Medicina tradicional china, la Medicina tradicional tibetana, el masaje tailandés tradicional y también el yoga. Siendo además la Medicina tradicional tibetana y el masaje tailandés tradicional consideradas ya como falsas ciencias en la primera revisión de este Plan (Lerma 2022).

La Medicina vernácula incluye los siguientes elementos de las listas del PCI: (1) “La cultura del bienestar relacionada con el jamu”; (2) “Nuah Thai, masaje tradicional tailandés”; (3) “Conocimientos y prácticas sobre la vida, la salud y la prevención de enfermedades y su tratamiento: la balneoterapia lum de la sowa rigpa, medicina tradicional tibetana”; (4) “La acupuntura y la moxibustión de la medicina tradicional china”; (5) “La cosmovisión andina de los kallawayas” y (6) “El Vimbuza, danza de la curación”⁸. En todas ellas, la salud es concebida en sus dimensiones curativa, preventiva y de promoción, individual y colectiva. En las cuatro primeras, los expedientes señalan procesos de institucionalización ya consolidados y, en el caso de la cosmovisión kallawayas, se insta a reforzarlos. Esta institucionalización implica dinámicas de homogeneización interna de saberes diversos (véase Kaptchuk 1995 para el caso de la Medicina china o Flores Martos 2009 para el caso Kallawayas)⁹.

Dentro de la categoría Balneoterapia, la Unesco recoge la dimensión curativa y preventiva de la hidroterapia. Aunque la balneoterapia no es exclusiva de lo que convencionalmente llamamos “mundo occidental”, es cierto que representa una tradición histórica muy importante en esta región. “La cultura de la piscina en Islandia”, concebida como una práctica presente en la vida cotidiana, se asocia a la mejora de la salud física, mental y social. Por su parte, en los expedientes de los elementos: “La cultura de la sauna en Finlandia” y “El uso tradicional de la sauna de humo en Võromaa (Estonia)” se enfatiza la



La balneoterapia representa una tradición histórica muy importante en Occidente. Sanatorio Kujalnik (Odesa, Ucrania) (1920-1929) | foto Nasjonalbiblioteket

dimensión terapéutica de la sauna, inscritas como prácticas de la medicina tradicional avaladas y reforzadas por la investigación biomédica y, al mismo tiempo, como una experiencia holística que contribuye al bienestar.

Es ese mismo sentido el que se atribuye a “El yoga”, inscrito como un sistema holístico de bienestar físico, mental y espiritual. Aunque circunscrito a la India, se plantea como un sistema de cuidado de alcance universal y por esa razón el expediente pone en valor e insiste en su institucionalización y estandarización, lo que vuelve a llevar implícitos procesos de homogeneización de tradiciones diversas.

El expediente de “Partería: conocimientos, competencias y prácticas”, al afirmar que “dar a luz no es solo un proceso biológico, sino también esencialmente cultural”, quiere subrayar la coexistencia de conocimientos y prác-



Una partera afrocolombiana atiende a una mujer embarazada escuchando su útero con técnicas tradicionales (Colombia, 2016) | foto Jaime Acuña Lezama/Ministerio de Cultura de Colombia con el permiso de la Unesco

ticas biomédicas y tradicionales, insistiendo en la fundamentación empírica de estas últimas y en la necesidad de continuar documentando sus bases mediante proyectos de investigación que las respalden. Asimismo, vuelve a plantear como elemento de legitimación los niveles de institucionalización alcanzados, tanto en la formación como en la certificación para el ejercicio profesional. No obstante, en la línea de las directrices de la OMS, se cuida el equilibrio entre regulación estatal y respeto a las prácticas culturales específicas. El expediente concluye afirmando que la forma en que son atendidos los nacimientos refleja la lógica social de cada contexto, reforzando así la idea de que el análisis de los procesos de salud-enfermedad-atención (Menéndez 1994) no remite a fenómenos exóticos o periféricos sino, por el contrario, posibilitan una puerta de acceso directa a la comprensión del “núcleo duro” de la vida social (Mozo 2013, 2). Junto a todo lo anterior, la inclusión de la Partería supone también el reconocimiento del importante papel de las mujeres en la salud (Enhrereich y English 1988).

Por último, el interés de los elementos agrupados bajo la tipología de Atención a la Salud es de tipo cualitativo y, a nuestro juicio, reside en dos

aspectos. El primero de ellos, denominado “La salvaguardia del patrimonio de acogida familiar en la ciudad misericordiosa de Geel: un modelo de acogida comunitario”, radica en el reconocimiento como Buena Práctica del acogimiento familiar a personas con trastornos mentales desarrollado en esta ciudad belga. Este modelo pone en valor, en la línea de la OMS, la complementariedad de dos tipos de enfoques en la atención a la salud mental: la biomédica e institucional, por un lado, y el basado en la atención comunitaria, por otro. El segundo elemento, denominado “La oferta de servicios y hospitalidad durante la peregrinación del Arbain”, refiere a la atención a la salud prestada por voluntariado en esta peregrinación iraquí. Su interés reside en destacar la importancia de las redes de apoyo mutuo en el mantenimiento de la salud de un colectivo humano.

El recorrido realizado advierte aportaciones significativas junto a ausencias reveladoras, procesos de legitimación junto a dinámicas de homogeneización. Se analizan a continuación los tipos a cuyos elementos la Unesco asigna una vinculación mayoritariamente secundaria con la salud.

Tipos con vinculación mayoritariamente secundaria con la salud y el bienestar

Rituales

Los Rituales constituyen un tipo especialmente relevante dentro del conjunto de elementos del PCI analizados en relación con la salud y el bienestar. En los expedientes, las creencias y prácticas asociadas a la salud no se presentan como dimensiones autónomas, sino imbricadas en un entramado más amplio de valores patrimoniales, en el que la salud y el bienestar actúan como componentes transversales de prácticas culturales cuyo significado excede la mera función terapéutica.

En varios de los elementos incluidos en esta categoría se identifican especialistas rituales –quienes ejercen de oráculo, chamán o imán, así como personas dedicadas a la herbolaria y terapeutas– cuyas prácticas se orientan tanto a la invocación de entidades sobrenaturales como a la prevención y curación de enfermedades. La transmisión de sus saberes mediante procesos de enculturación permite interpretarlos como formas de institucionalización del cuidado y de la gestión de la salud, socialmente legitimadas. El caso más sofisticado identificado es el elemento denominado “Nguon, rituales de gobierno y expresiones asociadas en la comunidad Bamun”, centralizado en la figura del *mfon* del reino de Bamun, en Camerún.

Los elementos analizados en este tipo se distribuyen en distintas dimensiones. En la dimensión de promoción de la salud se incluyen rituales orientados a generar condiciones de equilibrio individual y colectivo, contribuyendo al bienestar físico, social y espiritual tales como ritos de paso, celebraciones

comunitarias y peregrinaciones colectivas, asociados a actividades físicas, encuentros sociales y consumo de dietas equilibradas en contextos simbólicamente significativos.

En la dimensión preventiva se sitúan rituales destinados a preservar la salud y el bienestar mediante acciones simbólicas y sociales que refuerzan el equilibrio físico, espiritual y comunitario. Incluye rituales de purificación, bendiciones estacionales, prácticas de higiene ritual, protección frente al “mal de ojo” y rituales propiciatorios. Estos últimos consisten en acciones ceremoniales de comunicación con seres sobrenaturales –deidades, espíritus o fuerzas superiores– destinadas a obtener su favor (protección, prosperidad, salud), evitar males o agradecer beneficios, a través de invocaciones como plegarias, rogativas, sacrificios u ofrendas.

La dimensión curativa agrupa rituales orientados específicamente a tratar, aliviar o sanar dolencias ya manifiestas mediante acciones simbólicas, corporales y sociales inscritas en sistemas médicos y cosmológicos vernáculos. Incluye rituales rogativos y prácticas de sanación física y espiritual mediante procedimientos diversos, como oraciones, tratamientos con sustancias (plantas, agua o pastas) y la aplicación terapéutica de conocimientos médicos vernáculos. Finalmente, se identifican prácticas rituales que cumplen simultáneamente funciones preventivas y terapéuticas, sin que ambas aparezcan claramente separadas ni en la cultura local ni en la interpretación de la enfermedad, integrando un rico repertorio de acciones propiciatorias, curativas, de acción de gracias y festivas.

Juegos y deportes

Juegos y deportes constituye un conjunto relevante dentro de la tipología propuesta, al situar las prácticas lúdicas y deportivas como uno de los campos en los que se establece la relación entre patrimonio cultural, salud y bienestar. Estas prácticas aparecen vinculadas tanto a tradiciones recreativas asociadas al bienestar físico y a los estilos de vida saludables (Europa) como a artes marciales que articulan formación corporal, disciplina ética y equilibrio integral (Asia). En su diversidad, se subraya su valor por su notable dinamismo intergeneracional y comunitario (Alonso, Medina y Leal Londoño 2020), más que por su consideración como disciplinas deportivas formalizadas y profesionalizadas.

Los elementos de este tipo se caracterizan, en términos generales, por un mayor protagonismo masculino, lo que se traduciría en un impacto desigual sobre la salud de hombres y mujeres en este ámbito.

En la mayoría de los elementos, la salud se presenta como un componente integrado en un entramado más amplio de significados culturales que contribuyen a la cohesión social y al bienestar físico y mental, sin que su finali-



Taichi | foto Lezlie

Silat minang | foto anwijaya

dad principal sea la prevención o la curación de enfermedades concretas. La única excepción es el elemento europeo denominado: “Tradiciones de cría de los caballos lipizzanos”, que se asocia explícitamente a la equitación terapéutica y la *equinoterapia*. En este caso, la práctica incorpora la intervención de especialistas y terapeutas y se orienta a la rehabilitación de personas con discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales –parálisis cerebral, autismo, síndrome de Down, esclerosis múltiple, trastornos de ansiedad–, estableciendo una relación directa con la dimensión curativa de la salud.

En las artes marciales, por su parte, los expedientes destacan su contribución al cuidado de la salud física y mental dentro de una concepción de la salud como un área no escindida de la vida sociocultural. Estas artes se presentan como pedagogías del cuerpo que integran formación física, ética y moral (autocontrol, disciplina, respeto). En la línea de la Estrategia de Medicina Tradicional de la OMS y su propuesta de Medicina Integrativa, y de forma explícita en el caso del elemento denominado “La Práctica del taijiquan”, se enfatiza su complementariedad con otros sistemas de atención sanitaria. Algunos expedientes, como el de “El taekkyeon, arte marcial tradicional coreano”, recurren además al aval científico como mecanismo de legitimación.

Finalmente, este tipo permite advertir también la dimensión política del PCI. Resulta significativo que en 2019 se inscribieran por separado “El silat” malayo y “El pencak-silat y sus prácticas tradicionales” indonesio, cuando habría sido posible una candidatura transfronteriza. La presentación de expedientes independientes puede interpretarse como una estrategia de afirmación de soberanía cultural, situando a la Unesco como espacio de diplomacia simbólica. En la misma línea, la iniciativa de Corea del Norte y Corea del Sur para promover conjuntamente la inscripción del taekwondo evidencia cómo el PCI opera no solo como dispositivo cultural, sino también

sino también como herramienta de disputas internacionales y de afirmación simbólica de la identidad nacional.

Artesanías

En el caso de las Artesanías, la vinculación entre patrimonio y salud se construye a través de la relación entre productos, técnicas, saberes vernáculos y sus usos asociados al bienestar.

En los elementos de esta categoría la Unesco sugiere una relación con la salud y el bienestar tanto a través de los productos artesanales y sus usos –asociados en algunos casos a prácticas de prevención, cuidado o curación– como mediante los propios procesos de producción, ya que los conocimientos, técnicas, formas de transmisión y relaciones sociales implicadas en el universo artesanal pueden contribuir también al bienestar al promover identidad social y fomentar vínculos comunitarios.

En la dimensión de promoción de la salud, se incluyen artesanías y entornos generados por estas que crean condiciones de equilibrio físico, mental o espiritual, produciendo lo que podrían definirse como “entornos y momentos saludables”. Resulta especialmente ilustrativa la inscripción de la producción de espejos en la arquitectura persa, reconocida en el expediente por su capacidad para generar ambientes luminosos, relajantes y contemplativos que favorecen la paz mental, la espiritualidad y el bienestar físico¹⁰.

10

“Ayeneh-Kari, el arte del trabajo con espejos en la arquitectura persa”.



Fábrica de jabones de Nablus (Palestina) | foto Miriam Mezzera

En la dimensión preventiva, determinadas actividades artesanales son valoradas por sus efectos beneficiosos sobre la salud de quienes las practican. En este grupo se inscriben, entre otros, “El encaje de bolillos de Eslovenia” y “Vytsinanka, arte tradicional de cortar papel en Bielorrusia”; actividades que estimulan la motricidad, la precisión manual y el pensamiento lógico y creativo. Estos efectos son reconocidos como terapéuticos en términos de *arteterapia*, actuando de manera preventiva frente a posibles deterioros funcionales, cognitivos o sociales, como trastornos psicológicos, discapacidades motoras o situaciones de aislamiento.



Encaje de bolillos (Liubliana, Eslovenia) | foto becky johnson

Finalmente, la dimensión curativa pone en valor determinados productos artesanales a los que se atribuyen propiedades terapéuticas. Entre ellos destacan los jabones Nablusi (“Tradición de la fabricación de jabón Nablusi en Palestina”) y Ghar (“La artesanía del jabón de Ghar de Alepo”), “El kohl árabe”, y la henna (“Henna: rituales, prácticas estéticas y sociales”), utilizados en afecciones oculares, enfermedades cutáneas, fiebres, infecciones o problemas capilares. En estos casos, la artesanía integra técnica, creencias y usos medicinales vernáculos, evidenciando la continuidad entre producción material y saber terapéutico.

Artes performativas

Las Artes performativas se centran en los cuerpos, el movimiento, los ritmos, la colectividad y la expresividad, configurando acciones interactivas que inciden en el bienestar físico, mental, emocional, espiritual y social.

Los expedientes reconocen en estas prácticas dimensiones de promoción, prevención y curación, tanto individual como colectiva e incluso, como en el caso de “Nora, teatro danzado del sur de Tailandia”, funciones de educación para la salud. La danza, la música y la narración oral aparecen como elementos que promueven el bienestar individual y comunitario, poniéndose un especial énfasis en la salud mental, como es el caso de “Sevdalinka, canción folclórica urbana tradicional” de Bosnia y Herzegovina, que se contempla como activo de salud para la población en la diáspora. Asimismo, diversos cantos, ejecuciones musicales e instrumentos aparecen vinculados a contextos rituales con funciones tanto preventivas como curativas, integrando dimensión estética y terapéutica.

En este sentido, es destacable que la dimensión curativa, cuando aparece, no lo hace en ninguno de los elementos recogidos en Europa y América del Norte. Este dato podría relacionarse con la hegemonía biomédica en estos contextos, donde la curación suele ser contemplada como una competencia exclusiva del ámbito médico institucionalizado y nos suscita una serie de interrogantes: ¿por qué las artes performativas a las que se atribuye poder curativo se sitúan en regiones no occidentales? ¿Por qué esta dimensión está ausente en los elementos reconocidos en Europa y América del



Una pareja posando para una foto con Šargija, instrumento musical tradicional de los Balcanes (1906) | foto Gajret

Nora, teatro danzado del sur de Tailandia | foto Hilde Kvam



Norte? ¿Está indicando esta asimetría que la patrimonialización del carácter terapéutico de las artes performativas se lleva a cabo con mayor facilidad y “naturalidad” en “otros” contextos culturales? ¿Se está configurando una geografía diferencial de la curación en la que la dimensión curativa de determinadas prácticas se legitima en unos escenarios mientras se invisibiliza en otros donde domina la racionalidad biomédica?

Actividades agropecuarias

Los elementos de este tipo se caracterizan por un entramado complejo de conocimientos, técnicas, creencias, rituales, valores identitarios y usos sociales y simbólicos asociados a prácticas y productos agropecuarios. En este conjunto, la salud y el bienestar no se conciben como ámbitos aislados, sino imbricados en formas de vida, relaciones sociales y sistemas culturales más amplios, con efectos sobre la alimentación, la higiene, la prevención de enfermedades y el equilibrio con el entorno.

En los elementos agropecuarios se recoge tanto la dimensión de promoción de la salud como la de prevención y curación. Esta diversidad pone de relieve que estas actividades pueden contribuir al bienestar tanto de manera indirecta –favoreciendo hábitos saludables o entornos equilibrados– como mediante usos específicos con efectos preventivos o terapéuticos reconocidos por las comunidades.

En algunos casos se destaca la bondad de los productos y su consumo como fuente de bienestar (el “Vino Commandaria” en Chipre o el té en China¹¹); en otros, se subraya que determinadas prácticas agropecuarias configuran

11

“Técnicas tradicionales de elaboración del té y prácticas sociales asociadas”.



Los productos de argán se elaboran de forma tradicional en una zona única de Marruecos, cerca de Essaouira | foto RoubinakiM

modos de vida saludables (“Conocimientos y prácticas tradicionales de la búsqueda y extracción de la trufa en Italia” o “Agricultura de verano en Fábob y seter: conocimientos, tradiciones y prácticas relacionados con el pastoreo de tierras marginales y la producción artesanal de alimentos”). Asimismo, se enfatiza el carácter curativo de ciertos productos y de las elaboraciones destinadas al tratamiento de enfermedades (las rosas de Taif y de Damasco, el aceite de argán o las ciruelas de Serbia)¹², así como la existencia de tradiciones agropecuarias complejas que integran aplicaciones preventivas y curativas propias de la medicina vernácula (palmera datilera, árbol de Mihraś, apiterapia en Eslovenia)¹³.

Finalmente, la justificación de la inscripción de estos elementos en la Lista Representativa presenta una notable heterogeneidad. En algunos casos, los expedientes recurren a argumentos científicos, como los beneficios nutricionales o higiénicos de determinados productos y prácticas; en otros, se apoyan en creencias y conocimientos tradicionales, transmitidos generacionalmente y legitimados por la experiencia colectiva. Esta coexistencia de registros sugiere que la legitimación patrimonial del bienestar se apoya en distintos regímenes de validación.

Gastronomía

En la mayoría de los expedientes de esta tipología, la referencia a la salud y el bienestar es genérica y remite a la dimensión preventiva y de promoción de la salud asociada a la alimentación equilibrada y a los estilos de vida saludables. Sólo en tres casos se alude a su función curativa, relacionada con el uso de hierbas medicinales por su valor terapéutico para el tratamiento de

12

“Prácticas culturales relacionadas con las rosas de Taif”; “La rosa de Damasco y las prácticas artesanales de la localidad de Al-Mrah”; “Conocimientos, técnicas y prácticas vinculadas al erguén”; “Prácticas y conocimientos relacionados con la preparación y el uso de aguardiente tradicional de ciruelas (šljivovica)”.

13

“Conocimientos, saberes, tradiciones y prácticas asociados a la palmera datilera”; “El árbol Mihraś: conocimientos, habilidades y rituales asociados”; “Cultura apícola en Eslovenia, un modo de vida”.



Hierbas utilizadas en el tereré | foto Overkill53

14

“Prácticas y saberes tradicionales del tereré en la cultura del pohã ñana, bebida ancestral guaraní en Paraguay”.

15

En el análisis de la totalidad de los 150 expedientes analizados no se ha identificado una referencia sistemática a la categoría género. Se ha comprobado que, en muchos de ellos, se realiza un uso descriptivo del término (Scott 1985), utilizándose como sinónimo de mujer, así como un uso retórico y políticamente correcto que sirve para señalar una situación tradicional de predominio masculino frente a un presente de “modernidad” en el que la práctica y/o el desempeño se muestra como abierto a la participación femenina.

enfermedades concretas. En el caso del Tereré, bebida ancestral guaraní, se mencionan especialistas y se argumenta que su valor curativo ha sido certificado por el saber experto oficial, lo que sugiere que la atribución de la eficacia terapéutica se refuerza mediante el aval biomédico¹⁴.

Especial mención merece el hecho de que, dentro de estas referencias generales a la salud y el bienestar, en más de la mitad de los expedientes se enfatice la dimensión nutricional del alimento como principal argumento de salud y bienestar y no tanto su dimensión emocional, social, cultural y simbólica (Contreras y Gracia Arnaiz 2005; Hernández-Ramírez 2018) como factor de salud y el bienestar. En este sentido, que los expedientes hagan especial énfasis en las propiedades nutricionales y sus beneficios para el organismo sugiere, de acuerdo con lo señalado por Gracia Arnaiz (2007), una medicalización del campo de la alimentación en el discurso patrimonial.

Si bien no es sorprendente, es necesario señalar el protagonismo de las mujeres en este ámbito, que se indica explícitamente en el 57,89 % de los expedientes¹⁵. Este protagonismo no implica que ellas sean necesariamente las principales beneficiarias de los efectos saludables de la alimentación, sino que son las artífices y transmisoras de las tradiciones culinarias. De hecho, y tampoco sorprende, en dos de los tres casos en que se atribuyen cualidades terapéuticas y curativas al alimento, son las mujeres las identificadas como depositarias de esos saberes asociados.

Modos de vida y cosmovisiones

Este tipo agrupa complejos culturales amplios en los que la salud y el bienestar aparecen integrados en formas de vida específicas y estructuradas. Su relevancia analítica radica en que permite observar cómo la salud se articula



Marrakech: Jemaa el-Fna | foto Jorge Franganillo

como parte constitutiva de cosmovisiones, sistemas normativos y modos de organización social más amplios.

La inscripción de estos elementos permite distinguir, en términos analíticos, entre la puesta en valor de culturas y de espacios. En el primer caso, se reconocen complejos culturales amplios y específicos que albergan tradiciones vinculadas a la salud y el bienestar, donde los saberes médicos, las prácticas rituales y las formas de organización social se integran en un entramado coherente. En el segundo, se valoran espacios singulares y privilegiados para la sociabilidad, el comercio y la expresividad tradicional –mágica, musical, religiosa, narrativa o dancística– así como para la provisión de servicios especializados relacionados con la salud y el bienestar (dentistas, curanderos, adivinos, predicadores, tatuadores o aguadores). Un ejemplo paradigmático es “El espacio cultural de la Plaza Jemaa el-Fna” (Marruecos), donde convergen múltiples prácticas y oficios vinculados a la producción cultural y al cuidado.

En cuanto a las dimensiones de la salud y el bienestar, la Unesco reconoce dentro de estos entramados culturales diferentes formas de articulación. Por un lado, se identifican casos en los que predomina una dimensión curativa, al valorarse saberes y prácticas tradicionales directamente vinculadas con la prevención y la curación de enfermedades: conocimientos sobre plantas medicinales y sustancias extraídas del entorno, elaboración de remedios y antídotos, y transmisión de técnicas terapéuticas específicas. Este enfoque se observa, entre otros, en los bedu de Jordania, los afrodescendientes de Palenque (Colombia), el pueblo zápara amazónico, los cimarrones de Jamaica, los mijikenda de Kenia, los indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta o los totonacas de México¹⁶.

16

“El espacio cultural de los bedu de Petra y Uadi Rum”; “El espacio cultural de Palenque de San Basilio”; “El patrimonio oral y las manifestaciones culturales del pueblo zápara”; “Las tradiciones de los cimarrones de Moore Town”; “Bosques sagrados y kayas de los mijikenda”; “Sistema de conocimiento ancestral de los cuatro pueblos indígenas, arhuaco, kankuamo, kogui y wiwa de la Sierra Nevada de Santa Marta”; “La ceremonia ritual de los Voladores”.



Mujeres totonacas (México) | foto Bastian.studio1

17

“Migración nómada mongola y sus prácticas asociadas”; “Los Veinticuatro Periodos Solares. Conocimientos sobre el tiempo en China adquiridos mediante la observación del movimiento anual del sol y prácticas culturales conexas”.

Por otro lado, en algunos elementos predomina la dimensión de promoción de la salud, entendida como la regulación de modos de vida que favorecen el bienestar físico y social. Así ocurre en el caso de los nómadas de Mongolia, donde la organización del modo de vida se asocia a prácticas consideradas saludables, o en los Veinticuatro períodos solares chinos, cuya cosmología estructura ritmos y actividades orientadas a mantener un equilibrio con el entorno. En estos casos, la salud no se define por la intervención directa sobre la enfermedad, sino por la configuración de un orden vital que se considera generador de bienestar¹⁷.

EPÍLOGO

El presente artículo tiene como finalidad describir e ilustrar los elementos que la Unesco reconoce como relacionados, directa o indirectamente, con la salud, así como las razones formales que sustentan esa vinculación y las concepciones de salud que esta lleva implícitas

A la luz del análisis desarrollado, puede afirmarse que la Convención de 2003 configura un marco normativo en el que la salud se inscribe de manera

transversal en el campo del PCI, no como un ámbito escindido, sino como dimensión integrada y articulada en la vida social, que proporciona una visión no clínica del bienestar que lo relaciona con los modos de vida colectivos en sentido amplio. Esta visión confirma la quiebra de la visión biomédica hegemónica que circunscribía los procesos de salud-enfermedad a su mera dimensión biológica, que era pensada a su vez como ajena a lo cultural. Y pone de manifiesto que estos procesos están imbricados en el conjunto de relaciones sociales que vertebran cada sociedad y que, por tanto, se expresan en su articulación con valores y prácticas socioculturales situadas y de muy diverso tipo.

Aunque en algunos casos la referencia a la salud parece cumplir una función estratégica para adecuar los expedientes a los marcos de reconocimiento internacional, lo cierto es que esta concepción holística, relacional y multidimensional de la salud, acorde a la promovida por la OMS, se materializa en las listas del PCI a través de su integración en una amplia diversidad tipológica, que abarca desde actividades agropecuarias hasta rituales, juegos o artes performativas, pasando por medicinas vernáculas o complejos modos de vida. Esta pluralidad nos habla de cómo el marco discursivo de la Unesco entiende no sólo que los procesos de salud y enfermedad articulan y atraviesan las relaciones sociales y se expresan a través de ellas, sino también reconoce la producción social y cultural de la salud, y no únicamente su determinación. Así mismo, nos muestra que la salud no es patrimonio del saber experto sino de las colectividades que son responsables de su salvaguarda.

No obstante, el análisis realizado también ha revelado sesgos y aspectos que pueden ser contradictorios. En primer lugar, la distribución regional y tipológica de los elementos evidencia asimetrías que invitan a reflexionar sobre cómo se construye la visibilidad patrimonial y los criterios de legitimidad cultural. La concentración de rituales con dimensión curativa en determinadas regiones, la ausencia de medicinas vernáculas inscritas en Europa y América del Norte o la interpretación de las prácticas occidentales en clave de estilo de vida saludable, no puede explicarse únicamente por diferencias culturales intrínsecas. Más bien sugieren la existencia de dinámicas diferenciadas de patrimonialización, atravesadas por capacidades institucionales, estrategias estatales y preconcepciones sobre tradición y modernidad, que nos advierten también de la tendencia a la integración funcional de los saberes otros.

El segundo aspecto apunta a una tendencia a no incluir en los expedientes una dimensión diacrónica y procesual. Cuando la historia aparece, suele hacerlo en referencia a orígenes remotos y culturas inalterables, mientras que las transformaciones contemporáneas reciben una atención mucho menor. Esta focalización en el pasado tiende a producir narrativas relativa-



Yoga en el Ganges por la mañana | foto Nakatani YOshifumi

mente estáticas, que privilegian la antigüedad y la permanencia en el tiempo como argumento de legitimidad patrimonial. Sin embargo, dicha representación entra en contradicción con la noción de patrimonio vivo que promueve la Convención de 2003, la cual presupone cambio y reelaboración cultural por parte de las comunidades portadoras. La escasa problematización de los procesos actuales puede contribuir, así, a una imagen esencializada de las prácticas culturales, atenuando su carácter histórico, conflictivo y situado.

El tercer aspecto alude a la importancia concedida a la institucionalización y estandarización de los elementos que aparecen en algunos expedientes. Estos procesos pueden derivar en dinámicas de homogeneización interna de tradiciones terapéuticas dinámicas y heterogéneas, como se observa en el caso de las medicinas vernáculas o del yoga. Además, el recurso al argumento de su validación científica introduce un criterio de legitimidad que, coherente con el marco de la OMS, reproduce la centralidad del sistema biomédico como instancia última de verificación, lo cual implica implícitamente la superioridad epistemológica de unos saberes sobre otros.

Esta lógica puede explicar también el énfasis nutricional como elemento de salud detectado de manera destacada en la gastronomía, que apunta hacia procesos de medicalización del discurso patrimonial, a pesar de que las prácticas reconocidas posean significados económicos, sociales, emocionales y rituales que también inciden y conforman la salud. Se observa así la coexistencia entre una concepción cultural de la salud y un patrón de validación científico-institucional y el peligro de traducir las prácticas culturales a categorías biomédicas para reforzar su reconocimiento.



Mbak jamu (vendedora de jamu). El jamu es un remedio a base de hierbas utilizado en Indonesia | foto adnan ali

En conclusión, la labor de la Unesco en el ámbito del PCI y la salud proporciona un espacio para integrar salud y patrimonio desde una perspectiva holística que reconoce la diversidad de saberes y prácticas que configuran el bienestar. Sin embargo, su implementación formal revela también ambivalencias: entre diversidad y estandarización, entre pluralismo epistemológico y centralidad biomédica, entre reconocimiento y exotización, que advierten del peligro de que esa perspectiva holística quede atravesada por lógicas uniformadoras, medicalizantes o geopolíticamente desiguales. El análisis realizado podrá contribuir a la labor de interrogación crítica de los procesos de patrimonialización de la salud, entendidos no solo como mecanismos de salvaguarda cultural, sino como instrumentos que producen categorías, jerarquías y formas específicas de significación.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, V.L., Medina F.X. y Leal Londoño, M.P. (2020) Traditional games and sports as UNESCO,S in-tangible cultural heritage facing tourist strategies. *Journal of Tourism and Heritage Research*, vol. 3, n.º 1, pp. 94-106. Disponible en: <https://www.jthr.es/index.php/journal/article/view/130> [Consulta: 21/05/2026]
- Breilh, J. (2013) La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 31, supl. 1, pp. 13-27
- Campari, G. (2010) Reflexiones sobre el patrimonio cultural de la salud en Latinoamérica. *Civilizar*, vol. 10, n.º 18, pp. 27-33
- Contreras, J. y Gracia Arnaiz, M. (2005) *Alimentación y cultura: perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel
- Duvelle, C. (2017) Aventura y desventuras de una hermosa convención internacional. *Revista andaluza de antropología*, n.º 12, pp. 31-47
- Ehrenreich, B. y English, D. (1988) *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras*. Barcelona: Editorial La Sal
- Flores Martos, J.A. (2009) Patrimonialización de la cultura indígena y tradicional en Bolivia y México: La UNESCO y los efectos no deseados en la medicina kallawayá y el Día de Muertos. En: López García, J. y Gutiérrez Estévez, M. (coord.) *América indígena ante el siglo XXI*. Universidad de Castilla-La Mancha, pp. 463-498
- Gracia Arnaiz, M. (2007) Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud Pública de México*, vol. 49, n.º 3, pp. 236-242. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6759/8469> [Consulta: 21/05/2026]
- Hernández-Ramírez, J. (2018) Cuando la alimentación se convierte en gastronomía. Proceso de activación patrimonial de tradiciones alimentarias. *CUHSO. Cultura-Hombre-Sociedad*, vol. 28, n.º 1, pp. 154-176. Disponible en: <https://cuhso.uct.cl/index.php/CUHSO/article/view/468> [Consulta: 21/05/2026]
- Kaptchuk, T.J. (1995) *Medicina China: Una trama sin tejedor*. Barcelona: La liebre de marzo
- Kleinman, A. (1978) Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine*, n.º 12, pp. 85-93
- Kleinman, A. (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press
- Lalonde, M. (1981) *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, 1974. Minister of Supply and Services Canada. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> [Consulta: 10/03/2026]
- Lerma, C. (2022) *Contextualización del uso de la homeopatía: aspectos sociológicos, clínicos y tecnofarmacéuticos*. Tesis doctoral inédita. Universidad de Sevilla. Disponible en: <https://idus.us.es/items/c52f714a-414e-43e7-a0fd-72cb9588992f> [Consulta: 10/03/2026]
- Menéndez, E. (1994) La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades*, n.º 7, pp. 71-83. Disponible en: alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/600 [Consulta: 21/05/2026]
- Mozo, C. (2013) Aportaciones y potencialidades de la Antropología de la Salud. *Revista Andaluza de Antropología*, n.º 5, pp. 1-11
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (1946) *Constitución de la Organización Mundial de la salud*. Nueva York, 22 de julio
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (1978) *Atención primaria de la salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf> [Consulta: 10/03/2026]
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (1981) *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*. Génova: OMS. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9241800038> [Consulta: 10/03/2026]
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (1986) *Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Una conferencia internacional sobre la promoción de la salud. Hacia un nuevo concepto de la salud pública*. Ottawa: Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/docs/CartaOttawa.pdf> [Consulta: 10/03/2026]
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2020) *Documentos básicos*. 49.ª edición. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/s/index.html> [Consulta: 10/03/2026]
- Piédrola Gil, G. (1991) *Medicina preventiva y salud pública* (9.ª ed.). Ediciones Científicas y Técnicas
- Rivera de los Santos, F., Ramos Valverde, P., Moreno Rodríguez, C. y Hernán García, M. (2011) Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública*, vol. 85, n.º 2, pp. 129-139
- Scott, J. (1990) El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: Amelang, J.S. y Nash, M. (ed.) *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y*

contemporánea. Valencia: Ediciones Alfons el Magnánim

- Skointi, A. (2017) Health care as heritage: an etic approach of inscribed elements on the lists of the of the UNESCO Convention for the safeguarding of intangible cultural heritage. En: Falk, E. (ed.) *Traditional Medicine. Sharing Experiences from the Field*. Corea: UNESCO
- UNESCO [Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura] (2003) *Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial*. París, 17 de octubre
- UNESCO [Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura] (2019) *Directrices prácticas para la implementación de la Lista del Patrimonio Mundial*. Disponible en: <https://whc.unesco.org/en/documents/189666> [Consulta: 10/03/2026]
- UNESCO [Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura] (2024) *Directrices Operativas para la aplicación de la Convención del 2003*. En: *Textos fundamentales de la Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial de 2003*. París: UNESCO. Disponible en: <https://ich.unesco.org/es/textos-fundamentales-00503> [Consulta:06/03/2026]
- Velasco, H. (2012) De patrimonios culturales y sus categorías. *Gazeta de Antropología*, 28(3), artículo 13
- You, Z. y Hardwick, P.A. (2020) Intangible Cultural Heritage in Asia: Traditions in Transition. *Asian Ethnology*, vol. 79, n.º 1, pp. 3-19

De campesinas a *trementinaires*: enfoque histórico-etnográfico de su patrimonialización

Joan Frigolé Reixach | Antropólogo social

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6155>

RESUMEN

El enfoque y contenido del texto son etnográficos. Inicia con un esbozo del contexto económico, social y simbólico que generó las condiciones que propiciaron la patrimonialización de mujeres campesinas de un valle del Prepirineo catalán, vendedoras ambulantes de productos silvestres, hierbas medicinales, trementina, aceites de abeto y enebro, y setas secas por diversas áreas del territorio catalán. A continuación, se presenta la doble denominación de estas mujeres, “las que van por el mundo” y *trementinaires*, usadas respectivamente en el valle y en el exterior, y sus implicaciones. La primera denominación fue adoptada por el autor en su investigación de campo en el valle de la Vansa y Tuixèn, comarca de l’Alt Urgell, entre 2002 y 2004. En base a esta investigación se presenta una caracterización general de las mujeres “que iban por el mundo” con referencias a trayectorias y ciclos vitales, itinerarios, temporadas, modalidades de venta ambulante, conocimiento de plantas, habilidades curativas, relaciones con los clientes, aportaciones dinerarias a sus casas, y compatibilidad de la venta ambulante con su rol en el sistema de procreación. La patrimonialización privilegió la denominación *trementinaires*, con lo que fijó la identidad simbólica de estas mujeres de las que se predicaban calificativos como sabias, buenas, valientes y libres, que configuran su imagen. Finalmente, se hace referencia a la musealización, considerando la organización, contenido y discurso del Museo de las *Trementinaires* inaugurado en 1998, que es parte de la red de pequeños museos temáticos Ruta de los oficios de ayer.

Palabras clave

Campesinado | Espacios rurales | Identidad cultural | l’Alt Urgell | Mujeres | Museu de les *Trementinaires* | Patrimonialización | Plantas medicinales | Prepirineo catalán | Saberes populares | Salud | *Trementinaires* | Venta ambulante |



Mesa de la réplica de la cocina del siglo XIX con utensilios | foto Museu de les Trementinaires (Jordi Renart Roca)

From Peasant Women to Turpentine Peddlers: Historical and Ethnographic Approach to Their Heritization

ABSTRACT

The approach and contents of the text are ethnographic. It begins with an overview of the economic, social and symbolical context that created the conditions that lead to the patrimonialization of peasant women of a valley of the Catalan Pyrenees, which were itinerant sellers of forest products, medicinal herbs, turpentine, fir and juniper oil and dry mushrooms over different areas of the Catalan territory. Next, the double denomination of these women, “the ones that walked the world” and “trementinaires”, used respectively in their own valley and outside it, and their implications, are presented. The first denomination was adopted by the author in his fieldwork in the la Vansa i Tuixèn valley (Alt Urgell) in 2002-2004. Based on this investigation a general characterization of the women “who walked the world” is presented, with references to vital trajectories and cycles, itineraries, seasonality, itinerant sales modalities, knowledge of plants, healing abilities, relationships with their customers, money contributions to their households, and compatibility of itinerant selling with their role in the procreation system. Patrimonialization privileged the “trementinaires” denomination, which fixed the symbolic identity of these women who are described with adjectives such as wise, good, brave and free, which configure their image. Finally, reference is made to museization, considering the organization, contents and museum discourse of the Trementinaires Museum, inaugurated in 1998, which is part of a network of small thematic museums “Route of yesterday’s trades”.

Key words

Peasantry | Rural areas | Cultural identity | Alt Urgell | Women | Museu de les Trementinaires | Heritage designation | Medicinal plants | Catalan Pre-Pyrenees | Folk knowledge | Health | Trementinaires | Peddling |

Cómo citar: Frigolé Reixach, J. (2026) De campesinas a *trementinaires*: enfoque histórico-etnográfico de su patrimonialización. *revista PH*, n.º 118, pp. 146-161. Disponible en: www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6155 DOI 10.33349/2026.118.6155

Enviado: 24/01/2026 | **Aceptado:** 30/03/2026 | **Publicado:** 10/06/2026

CONTEXTOS DE LA PATRIMONIALIZACIÓN DE LAS TREMENTINAIRES

A lo largo de décadas, campesinas del valle del Prepirineo catalán se dedicaron a la venta ambulante de productos de origen silvestre, principalmente hierbas medicinales, trementina y setas, conectando el valle, “el país”, aislado por la ausencia de carreteras, con el resto de Cataluña, “el mundo”.

La guerra civil (1936-1939) y la transformación del territorio, la sociedad y la economía del valle en la década de 1950 por la crisis de la agricultura de policultivo, la apertura de pistas de tierra que lo conectaron con las comarcas vecinas, la emigración masiva y la despoblación marcaron el declive y casi el final de la venta ambulante femenina. La reducida población campesina, estimulada por dos industrias lecheras de la comarca, apostó en mayor o menor medida por el vacuno de leche, pudiendo disponer de los campos abandonados a consecuencia de la emigración, que destinaron a la producción intensiva de forraje.

Hacia finales del siglo XX, la Comunidad Europea impuso una reducción de la cuota de producción lechera anteriormente asignada y, en consecuencia, los ganaderos del valle se vieron constreñidos a cerrar las explotaciones lecheras y a afrontar la amortización de los préstamos bancarios solicitados para su modernización, pero ya sin su principal fuente de ingresos. Los campos de nuevo devinieron terrenos yermos.

El cese de la actividad campesina creó las condiciones para la transformación del medio natural, visible en el avance del bosque y, en especial, de la



Alt Urgell | foto Agustí Peña

vegetación silvestre en campos y prados. La vieja cosmovisión campesina fue desplazada por una nueva cuyas categorías eran: naturaleza, paisaje, origen, autenticidad, a las que se añadieron otras como protección y biodiversidad. La conceptualización del espacio rural de montaña como naturaleza y paisaje redefinió la identidad de sus habitantes campesinos, que no habían vivido en un espacio concebido como naturaleza, sino en uno en que lo cultivado y lo doméstico, sinónimos de bueno y bello, eran dominantes y en el que procuraban impedir la invasión de lo silvestre y lo salvaje. En la nueva cosmovisión lo silvestre y lo salvaje constituyeron la imagen misma de la naturaleza y del paisaje, cuyos valores naturalistas y estéticos produjeron percepciones y sensaciones únicas para individuos con hábitos urbanos como neorrurales y turistas.

La naturaleza “espectacular”, potenciada por la protección –el parque natural del Cadí-Moixeró–, un valor puro, fue transformada en un valor de cambio por medio de la patrimonialización y la mercantilización de lo auténtico, estrategias fundamentales para la economía terciaria (Frigolé 2010, 2012, 2014).

Se transfirieron a la naturaleza recuperada cualidades sociales, en el sentido de atributos de relaciones sociales, como paz, tranquilidad, serenidad, plenitud, libertad, bondad, etc., con lo cual el territorio rural fue concebido como el lugar idóneo para un estilo de vida natural, saludable, relajado y feliz.

La nueva cosmovisión proporcionó la lógica y la justificación de la patrimonialización de las *trementinaires*, “una producción cultural en el presente que recurre al pasado” (Kirshenblatt-Gimblett 2001, 44). Las autoridades promovieron la creación de una serie de museos rurales con temáticas diversas como respuesta a la crisis campesina-ganadera y, en este contexto, se creó el Museo de las Trementinaires en el valle, que recuperó y reelaboró la imagen de la figura histórica de las mujeres “que iban por el mundo”. La patrimonialización no suscitó unanimidad, sino reacciones y actitudes encontradas: desde silencio con connotación despectiva, agravio y rechazo, a alegría por su reconocimiento público; reacciones y actitudes que reflejaban posiciones, puntos de vista e intereses de diferentes actores sociales tales como ganaderos afectados por la crisis lechera, descendientes de familias con antepasadas *trementinaires*, descendientes de familias sin ninguna *trementinaire*, neorrurales asentados en el valle, autoridades, miembros de la administración e intelectuales locales.

CONTEXTO HISTÓRICO DE LAS CAMPESINAS QUE “IBAN POR EL MUNDO” VENDIENDO PRODUCTOS SILVESTRES DEL PREPIRINEO

La etnografía procede de mi trabajo de campo en el valle de la Vansa y Tuixèn en la comarca de l’Alt Urgell entre 2002 y 2004 y de la monografía



Portada del libro *Dones que anaven pel món*, *Estudi etnogràfic de les trementinaires de la Vall de la Vansa i Tuixent* (Alt Urgell), a partir de una foto original de Josep Maria Batista i Roca, publicado por el Departamento de Cultura de la Generalitat de Catalunya el 2005, dentro de la colección Temas de Etnología de Catalunya

Dones que anaven pel món. Estudi etnogràfic de les trementinaires la vall de la Vansa i Tuixent (2005). El enfoque de la investigación y de la monografía es el de la antropología social, cuyos “sujetos de estudio son seres humanos, no entidades abstractas fabricadas por nuestra mente” (Ingold 1992, 14). Los conceptos cultura, organización social, patrimonialización, entre otros, son conceptos para el análisis de la realidad histórica de estas campesinas, pero no definen el objeto de estudio.

En el valle, las expresiones con que se las designaba contenían verbos de movimiento y complementos de dirección: “las que marchan hacia abajo”, “las que van por el mundo”, “las que recorren el mundo”. Expresiones que implicaban la correlación y oposición entre los conceptos de movilidad y sedentarismo, que debían ser definidos en términos estrictamente relativos. “Ir por el mundo” las diferenciaba de las mujeres de su propia condición social que por carecer de suficiente conocimiento de las hierbas medicinales, habilidad comunicativa e iniciativa no podían ir y de aquellas mujeres que no necesitaban “ir por el mundo” y que además, de hacerlo, ello hubiera menoscabado su posición social.

El sentido de las expresiones era evidente para sus vecinos, porque conocían bien las circunstancias que rodeaban las vidas de estas mujeres, pero el investigador está obligado a formular una serie de interrogantes para develar su realidad: quiénes eran, qué estatus tenían en su casa y en su grupo doméstico, cuál era la posición de clase de su casa y de ellas mismas, cuál era su trayectoria a lo largo de su ciclo vital, cuáles eran los itinerarios que seguían y las circunstancias de sus ventas, cuál era el resultado, entre otros muchos interrogantes. Las expresiones con que se aludía a ellas no las encierran en una definición, sino que abren vías para su conocimiento como personas reales y no imaginadas.

Lejos del valle, la gente estableció una asociación de contigüidad entre estas mujeres con uno de sus productos, la trementina, y mediante otra modalidad de metonimia, la sinécdoque –la parte por el todo–, generaron la categoría *trementinaire/trementinaires*, no usada y apenas conocida en el valle anteriormente a la creación del museo, que fijó la identidad simbólica de estas mujeres, es decir, las unificó y homogeneizó y se convirtió posteriormente en el referente de atributos descontextualizados, es decir, conceptos correlativos tales como sabiduría, bondad, valentía, y otros que las convirtieron en un símbolo potente.

La elección de una u otra expresión –“las que van por el mundo” o las *trementinaires*– para designar el objeto de estudio sitúa la investigación en planos o niveles distintos. La primera la ubica en el plano de la realidad y prioriza como objeto de estudio las vidas y trayectorias de estas mujeres y las circunstancias y factores que las condicionan, mientras que la segunda

lo coloca en el plano metafórico y prioriza como objeto de la investigación un universo de símbolos y significados. Nombres distintos abren vías distintas de conocimiento y proporcionan resultados distintos. La patrimonialización de las mujeres campesinas vendedoras ambulantes con el término *tremontaineire* creó una identidad fija. La patrimonialización mediante la selección y fijación de significados impone una legitimidad cultural, base de la hegemonía social y política.

Las mujeres que “iban por el mundo” pertenecían al pequeño campesinado –el sector más numeroso de la población–, cuyas “tierras solo daban para comer y los céntimos había que ir fuera a buscarlos” (traducción del catalán). La economía del valle se basaba en la agricultura de policultivo y la ganadería ovina trashumante. Los bosques tenían una importancia menor por la dificultad para el transporte de la madera debido a la ausencia de carreteras. La oposición entre la tierra cultivada y el bosque se atenuaba a ojos de los campesinos por el hecho de que el bosque producía “cosechas sin siembra”, en referencia a las setas y, en menor medida, a las hierbas medicinales. La oposición cultivado/silvestre era matizada, pero la oposición domesticado/salvaje era radical. Los campesinos intentaban alejar, lo que frecuentemente suponía eliminar, aves de rapiña, mustélidos, zorros, lobos, serpientes, etc., que constituían amenazas para sus animales domésticos, así como jabalíes y tejones que causaban destrozos en los cultivos.

Entre 1890 y 1914, la invasión masiva de los mercados europeos con cereales y carne baratos de importación causó una gran crisis agraria (Garrabou 1988). Las principales medidas para superarla fueron la transformación de las estructuras agrarias y la introducción de tecnología agrícola moderna, alternativas imposibles por inasequibles para el pequeño campesinado. Su alternativa fue reformular la división sexual del trabajo, lo cual implicó que las mujeres asumieran un mayor protagonismo en términos de trabajo y ganancia, la redefinición de los roles domésticos y la diversificación y multiplicación de los desplazamientos externos de las mujeres, en especial de las que ocupaban una posición específica en la jerarquía de sus casas.

La casa es en Cataluña una institución social básica y compleja porque aúna significados y referentes diversos como edificio, historia y tradición familiar (genealogía, memoria familiar), identidad colectiva (nombre, referencia pública e identidad primaria), patrimonio y posición en el sistema de estratificación, grupo doméstico (los de casa/los que no son miembros de la casa), vinculación entre casa y territorio (hijo/a de una casa e hijo/a del país).

En la casa la jerarquía intergeneracional se complementa con un orden jerárquico en la fratría según fecha de nacimiento y distinción de sexo/género, que determinan la sucesión y la herencia. Un único heredero (*hereu/pubilla*) hereda el patrimonio y los no herederos tienen derecho a la “legítima”, pero

reclamarla implica el cese de su vinculación con la casa: “Nunca más podrá pedir la ayuda de la casa ni acogerse a ella. Se rompe el parentesco”. Esto último no es generalizable a otras partes de Cataluña.

El grupo doméstico, al menos durante una fase de su desarrollo, adopta la forma llamada troncal, dado que la residencia matrimonial del heredero es patrivirilocal, es decir, habita con su mujer la casa paterna y convive con sus padres o con uno de ellos viudo, bajo su autoridad. La mujer al casarse entra a formar parte de una nueva casa, deja de ser nombrada por el nombre de su casa de origen y es nombrada por el nombre de la nueva casa, que marca su nueva identidad pública. La mujer es denominada la *jove*, con el doble sentido que tiene en catalán de joven y de nuera. Ocupa una posición inferior con respecto a su marido, a menudo mucho mayor que ella, y respecto a sus suegros. El hecho frecuente de no haber aportado dote (el dinero de la dote, de existir, se aseguraba sobre una finca de la casa del marido), hacía que su posición fuera más débil y probablemente ello aumentaba la presión y la motivación para trabajar para su nueva casa. Una modalidad de trabajo era “ir por el mundo”. Las condiciones objetivas de clase social y su posición en la jerarquía de sus casas explican sus desplazamientos.

Las casas del valle se clasificaban en altas y bajas. La primeras ocupaban las partes bajas del valle donde había más tierra, y las bajas, las partes más altas o escarpadas donde la tierra era más escasa. La gran mayoría de las *trementinaires* eran *joves* de casas bajas. Si el heredero único era una mujer, la *pubilla*, el marido, el *pubill*, podía asumir la función de la venta ambulante. Como mujeres casadas y en edad fértil tenían que compaginar la venta ambulante necesaria para la supervivencia de su grupo doméstico y la continuidad de su casa con su rol en el sistema de procreación, también necesario para la reproducción social de la misma.

Presento una caracterización general de las mujeres que “iban por el mundo”, teniendo presente que eran muchas las variantes relativas a trayectorias y ciclos vitales, desplazamientos e itinerarios, temporadas, modalidades de venta ambulante, conocimiento de plantas y saberes, habilidades curativas, relaciones con los clientes, importancia de las aportaciones dinerarias a sus casas, compatibilidad de la venta ambulante con su rol en el sistema de procreación, etc.

El conocimiento y recolección de hierbas medicinales eran comunes entre las gentes del valle e incluso las recolectaban para venderlas a intermediarios. La diferencia está en que las mujeres que “iban por el mundo” recolectaban una gran variedad de hierbas medicinales y las vendían puerta a puerta recorriendo la mayor parte de Cataluña. Su grupo doméstico solía ayudarlas en la recolección y en las operaciones de limpieza, secado y corte en fun-



ción de su tamaño y, finalmente, en el envasado en distintas bolsas de tela, que luego metían en una bolsa grande. Omite lo referente a la recolección y secado de setas y las operaciones necesarias para su venta. La trementina y el aceite de abeto (*Abies alba*), generalmente comprados en droguerías, los envasaban en recipientes metálicos denominados *llaunes* (latas).

En cada una de sus salidas de temporada llevaban consigo una gran diversidad de hierbas medicinales, pero no todas ellas llevaban exactamente las mismas ni en la misma cantidad y la proporción entre hierbas, aceites y setas secas que llevaban era variable. A partir de la recopilación de las informaciones de mujeres que siendo niñas o muchachas fueron acompañantes de mujeres “que iban por el mundo”, y de familiares de las mismas, principalmente hijos e hijas, he elaborado una relación descontextualizada y no exhaustiva de las hierbas medicinales y algunos frutos y hojas de arbustos que llevaban las *trementinaires*, con sus nombres en catalán y botánico.

Árnica (*Arnica montana*); Camamilla de muntanya (*Achillea ptarmica*, subespecie *pyrenaica*); Cerverola (*Agrimonia eupatoria*); Comí (*Carum carvi*); Corona de rei (*Saxifraga longifolia*); Donzell (arbusto) (*Artemisia arborescens*); Escabiosa (*Succisa pratensis*); Flor de corner (arbusto) (*Amelanchier ovalis*); Flor de saüc (arbusto) (*Sambucus nigra*); Genciana vera (*Gentiana lutea*), Ginebró (arbusto) (*Juniperus communis*); Herba blanca (*Senecio leucophyllus*), Herba de la gota (*Drosera rotundifolia*); Herba del mal de pedra o herba de Noé (*Herniaria cinerea*); Hisop (*Hyssopus officinalis*); Milfulles (*Achillea millefolium*); Orella d'ós (*Ramonda myconi*); Pericó o herba de Sant

Achillea pyrenaica | foto Simonjoan

Agrimonia eupatoria | foto Salomé Bielsa

Carum carvi | foto Gertjan van Noord

Arnica montana | foto barloventomagico

Amelanchier ovalis | foto Joan Simon

Drosera rotundifolia | foto Bernard Dupont

Joan (*Hypericum perforatum*); Peucrist (*Potentilla alchimilloides*); Salsufraji (*Peucedanum ostruthium*); Te de roca (*Chiliadenus glutinosus*); Valeriana pirinenca (*Valeriana pyrenaica*); Vesc o escarcí (*Viscum album*).

La especificación medicinal de algunas hierbas está contenida en su denominación, como “herba de la gota” (*Drosera rotundifolia*), o “herba del mal de pedra” (*Herniaria cinerea*), pero en la mayoría una y otra son independientes. La “corona de rei” (*Saxifraga longifolia*) es abortiva; el “donzell” (*Artemisia arborescens*) es vermífugo; la “escabiosa” (*Succisa pratensis*) provoca sudoración; el “hisopo” (*Hyssopus officinalis*) combate el decaimiento; la “flor de corner” (*Amelanchier ovalis*) y la “cerverola” (*Agrimonia eupatoria*) “aclaran la sangre espesa”; la “orella d’ós” (*Ramonda myconi*) alivia las hemorroides; el “peucrist” (*Potentilla alchimilloides*) es antiinflamatorio; el “aceite de abeto” (*Abies alba*) trata para la bronquitis; la trementina tiene varias especificaciones: golpes, torceduras, pinchazos, picaduras de insectos, erupciones cutáneas, resfriados, etc.

Las mujeres salían del valle andando y realizaban gran parte de su recorrido a pie, cargadas con un saco o bolsa grande a la espalda a modo de mochila que contenía las bolsas con las hierbas y con las latas de trementina y de aceite de abeto colgadas del hombro. Algunas mujeres alargaban sus itinerarios y temporadas y se hacían enviar provisiones de hierbas a determinadas destinaciones adonde acudían cuando habían agotado las hierbas que llevaban. Algunas iban solo a la ciudad de Barcelona y vendían hierbas y setas en diversos mercados.

Los encuentros con clientes y sus particularidades proporcionaban a estas mujeres la oportunidad de difundir recetas de remedios, lo que favorecía la venta de algunos de sus productos, y también recibían peticiones de alivio de males por parte de algunos clientes, a las que podían responder aplicando emplastes, masajes, etc.

La creación de lazos de confianza entre vendedora y cliente era fundamental para la continuidad de la venta ambulante en un contexto en el que el engaño y el fraude, o como mínimo las acusaciones de ello, no eran insólitas. La confianza era fundamental para obtener la hospitalidad de la gente durante su recorrido, un lugar para dormir bajo tejado y también alimentos, lo que les permitía ahorrar el dinero que conseguían con la venta.

El territorio que recorrían era principalmente rural, con áreas de poblamiento disperso y otras de poblamiento concentrado, enclaves mineros e industriales, como las colonias industriales, pero también periurbano y urbano, como Barcelona y las ciudades de su actual área metropolitana y otras de provincia. Los remedios basados en hierbas medicinales y remedios de naturaleza silvestre tenían buena aceptación entre las clases populares rurales y



Trementinaires del valle de la Vansa y Tuixèn,
década de 1920 | foto museu de les Trementinaries
(autor desconocido)

urbanas por resultar eficaces y baratos, sobre todo comparados con los de la medicina oficial y los médicos.

La superación del reto de los desplazamientos largos, el despliegue de habilidades comunicativas y comerciales y la consecución de dinero revelan la agencia de esta mujeres. El dinero aportado permitía cubrir o satisfacer “el gasto de la casa”: la compra de un lechón para engordar del que venderían después de la matanza la mayor parte de la carne en fresco, alimentos que sus casas producían en cantidades insuficientes, alimentos foráneos, que

no podían ser suplidos por otros locales, calzado, vestidos para que las hijas luciesen, etc. Unas pocas consiguieron aportar suficiente dinero para saldar deudas contraídas por sus casas y arrastradas desde hacía tiempo, cuyo pago era muy oneroso ya que la circulación de dinero era escasa y los intereses muy elevados.

LA PATRIMONIALIZACIÓN Y LA CREACIÓN DE LA IMAGEN DE LAS TREMENTINAIRES

El proceso de patrimonialización implica una mirada selectiva desde la perspectiva de una cosmovisión específica, que revaloriza elementos culturales y naturales heterogéneos no solo desde el punto de vista de su naturaleza, sino también de su valor previo, desde sin uso y valor, a valor de uso puro y valor de cambio.

Las que “iban por el mundo” eran “mujeres sacrificadas para mantener a su familia”, pero a pesar de lo necesaria que era, la actividad de venta ambulante carecía de prestigio social por ser considerada un signo de pobreza. Formaban parte solo de la memoria familiar, pero su patrimonialización las institucionalizó como un referente y un dominio públicos.

La cosmovisión definida por la categoría naturaleza y sus atributos, silvestre y salvaje, base de la coherencia de la patrimonialización de las mujeres “que iban por el mundo” como *trementinaires*, las ubicó en el polo de lo natural. El atributo “natural” predicado de sus hierbas y remedios, base del consenso sobre su eficacia curativa, aumentó su potencia semántica mediante la oposición a las medicinas químicas de las farmacéuticas, quintaesencia de lo artificial. El referente de otra afinidad entre “naturaleza” y las *trementinaires* es el concepto “origen”. A la naturaleza recuperada se le atribuye la cualidad de “original” y al conocimiento de las *trementinaires*, la cualidad de “sabiduría ancestral” en el sentido de un saber primigenio, lo que justifica que el principal calificativo de las *trementinaires* sea el de “sabias”. Las *trementinaires* en tanto que poseedoras de un saber ancestral son “sabias”. La naturaleza ofrecía a las *trementinaires* las hierbas, resinas y aceites “naturales” gratis o a muy bajo coste las que compraban, condición para que pudieran vender a precios asequibles a sus clientes. El contraste con el coste de la medicina de las farmacéuticas y de los médicos acrecentaba la aceptación de sus productos. La naturaleza de los productos que vendían y el hecho de que la venta constituyera una manera de “ganarse la vida” para sí y los suyos, más que un negocio propiamente dicho, contribuía a activar la imagen de humanidad de las *trementinaires*, que se manifestaba en la ayuda, la compasión y en “hacer el bien” a los que sufrían dolencias diversas, generando una imagen de bondad. Por ello las *trementinaires* son vistas como “buenas”, calificativo que se suma al de “sabias”. La visión femi-

nista amplió la imagen de las *trementinaires* añadiendo los calificativos “valientes”, “poderosas” y “libres”.

La elección de un nombre externo (*trementinaires*) tuvo como consecuencia la imposición de una visión externa sobre una realidad local, la existencia histórica de las mujeres “que iban por el mundo”. La tensión entre la visión difundida por la patrimonialización y la visión histórica son dos caras de un único fenómeno.

LA MUSEALIZACIÓN DE LAS TREMENTINAIRES

La creación del Museo de las Trementinaires de Tuixèn, que se inauguró en diciembre de 1998, fue resultado de la interacción de iniciativas supralocales y locales. Los técnicos de cultura del Consejo Comarcal de l'Alt Urgell planificaron una red de pequeños museos temáticos que reflejasen especificidades locales de la comarca, agrupados en una Ruta de los Oficios de Ayer que fue aprobada por el Consejo Comarcal en 1996. Entre otros, incluía el museo de la vid y del vino de montaña de Pont de Bar, el de los “raiers” (almadieros) de Coll de Nargó, el del acordeón diatónico de Arsèguel, el de la antigua harinera de Montferrer, el del pozo de hielo de Oliana y el de las Trementinaires de Tuixén.

La contribución de la iniciativa local a la creación del Museo de las Trementinaires consistió en el acopio de información mediante la realización de entrevistas a antiguas *trementinaires* y la recolección de objetos relacionados con su actividad, en la que participaron, entre otras personas, los maestros de la escuela de Tuixèn y algún funcionario municipal.



Fachada del Museo de las Trementinaires | foto Jordi Picart



Cocina del Museo de las Trementinaires



Ventana de la réplica de la cocina del siglo XIX



Secador de plantas medicinales



Sala donde se proyecta el documental que complementa la visita al Museo | fotos Museu de les Trementinaires

La iniciativa local en realidad había precedido a la del Consejo Comarcal. En 1994 se había realizado ya en Tuixén una exposición sobre las *trementinaires*, “mujeres, que por su oficio, carácter y particular forma de proceder fueron tan conocidas y apreciadas en su tiempo”.

En mayo de 1998, aproximadamente medio año antes de la apertura del museo, Carme Bosch presentó una instalación floral titulada *Les trementinaires: caminant entre flors, plantes i remeis* (Las *trementinaires* caminando entre flores, plantas y remedios) en la sede del Museo de Historia de Girona en el marco del acontecimiento anual Girona en flors (Girona florida). La instalación presentaba tres espacios que evocaban el taller, la cama y el bosque de las *trementinaires*. En el primer espacio, el taller era evocado por una mesa de madera con un cajón abierto encima de la cual se habían colocado plantas y utensilios. Carmen, investigadora de tradiciones florales, había sabido de las *trementinaires* cuando una mujer de la comarca del Ampurdán le contó que en el pasado llegaban a su pueblo las *trementinaires* del Pirineo. Su curiosidad la condujo al valle de la Vansa i Tuixén, entrando en contacto con las personas que recogían información sobre las *trementinaires* para la creación del museo y este fue el impulso para la creación de la instalación floral sobre las *trementinaires*, que constituyó el inicio de la difusión de su imagen más allá del valle.

El Museo de las Trementinaires está ubicado en el Ayuntamiento de Josa-Tuixèn, en el que ocupa la planta baja del edificio, situado en la plaza principal de Tuixèn. La denominación Josa-Tuixèn refleja la unificación administrativa de dos pueblos en la primera mitad de la década de 1970. El nuevo municipio tenía 134 habitantes censados en 1975. El autor del diseño y de la ejecución de la musealización de las *trementinaires* se llamaba Artur Beiroa. La principal razón por la que recibió el encargo fue porque se le daba muy bien el dibujo y el diseño, aunque no hubiera realizado estudios específicos. Una razón complementaria fue que los recursos para la musealización eran muy limitados. Artur Beiroa no había nacido en el valle y, por tanto, no era “hijo del país”. Se había criado en Andorra y en 1986, con cerca de veinte años, se había trasladado a Tuixèn. En esta época residían en Tuixèn y en el valle unos treinta neorrurales que “buscaban la autouficiencia en comunidad”. Muchos se marcharon después, pero él fue de los que se quedaron. Trabajó en la estación de esquí de Tuixèn-la Vansa como monitor de esquí y en la hostelería. En 1992, se inició en los deportes de aventura en el Parc del Segre de la Seu d’Urgell, que se había creado para los Juegos Olímpicos de 1992. A partir de entonces, su ritmo laboral fue pendular: monitor de esquí en Tuixent-la Vansa en invierno y monitor de deportes de aventura en el río Noguera en la comarca del Pallars en verano.

El modelo elegido para la división del espacio museístico fue la tripartición ya elegida anteriormente por Carme Bosch para su instalación floral. El museo



Pequeña romana para pesar las plantas medicinales

consta de tres salas. En la primera, se esboza el entorno geográfico y se sitúa históricamente a las *trementinaires* mediante plafones de madera con textos colgados en las paredes, fotografías antiguas de algunas *trementinaires* y un mapa de los itinerarios; la siguiente contiene la recreación de una cocina de inicios del siglo veinte, que era donde las *trementinaires* preparaban las plantas y setas que llevaban para vender; y la tercera, un maniquí con las ropas que vestían las *trementinaires* en sus desplazamientos, plantas secas, remedios tales como trementina, aceite de abeto, enebro y otros y un muestrario de los recipientes en que los transportaban, así como la reproducción de un secadero de plantas en un rincón. Para la recreación de la cocina antigua con todos sus elementos y utensilios, Artur Beiroa tomó como modelo la de una casa del pueblo que no había sufrido cambio alguno desde la generación anterior, propiedad de un heredero soltero viejo. En los ochenta, solo en Tuixèn había siete casas habitadas por herederos solteros de edades superiores a los cincuenta años, cuya soltería comportaría la desaparición de la casa.

Pequeña hoz para recolectar las plantas | fotos Museu de les Trementinaires

La colaboración vecinal fue significativa. Un total de veintidós personas cedieron objetos para el museo. José (1929), una de ellas, explicó que al empezar a reformar su casa tiró un conjunto de latas para trementina y recipientes de vidrio para aceites de abeto y enebro de cuando su madre “iba por el mundo”. Poco después, cuando se hizo el museo le preguntaron si aún tenía alguna lata de su madre y donó una grande que había conservado. El itinerario de las latas de la madre de Luis (1930) fue similar: del recorrido por el territorio a olvidadas en un techo falso, de donde pasaron al corral con ocasión de la reforma de la casa y de allí al museo, creado oportunamente. Objetos útiles en otros tiempos, prácticos, con un valor limitado, muchos porque eran objetos industriales como las latas y botellas, habían pasado a ser inútiles, sin ningún valor, un estorbo y, por tanto, podían ser tirados o arrinconados en lugares periféricos, exteriores. Estos mismos objetos, recuperados por amateurs institucionales se convertirían en patrimonio colectivo o, recuperados por amateurs privados, se incorporarían al patrimonio familiar.



Latas para transportar los remedios



Remedios



Bolsa de lino para transportar las plantas medicinales en los desplazamientos | fotos Museu de les Trementinaires

Agradecimientos

Clara Arbués, Carles Gascón, Lina Sevillano y Camila del Mármol y a todos los que apoyaron la investigación.

Cuando Artur realizó la musealización era consciente de que ya no existía la forma de vida anterior basada en la agricultura y la ganadería. Consideraba que el museo era un recurso para el pueblo, aunque también veía que el museo y el esquí no bastaban para fijar población en el territorio. La especificidad patrimonial de las *trementinaires* se basa fundamentalmente en los términos “taller” y “obrador”, es decir, taller artesanal, con los que se designa a la “cocina de trementinaire” de la sala segunda del museo. El término taller designaba también el primer espacio de la instalación floral de Carmen Bosch, aunque sin el referente de la recreación de una cocina. Los términos taller y obrador evocan la idea de un oficio, un oficio específico dentro del universo de los oficios. Posteriormente, los visitantes del museo replicarán este término oficio con los calificativos “tradicional, antiguo, ancestral” en los escritos que dejan en el libro del museo.

La especificidad de las *trementinaires* se construye también por omisión al señalar que su “oficio” era “una forma de complementar la economía doméstica” del pequeño campesinado, sin ponerlo en el contexto de otras actividades económicas de las mujeres, en especial de las solteras y las recién casadas, que se empleaban como sirvientas y nodrizas o que se desplazaban por la misma comarca o comarcas vecinas como marchantas de ropa, revendedoras de fruta y recoveras con la misma finalidad de “complementar la economía doméstica”. Su singularidad y la de su museo se reafirma también con el discurso de que “eran únicas y exclusivas del valle de la Vansa y Tuixent”.

Diez años después de la inauguración del museo en 1998, se produjo la renovación de su museografía, en el sentido genérico de modernizar la presentación gráfica de los contenidos, y se le añadió un equipo informático interactivo y un audiovisual, sin que ello implicara grandes cambios en los contenidos ni en la distribución del espacio museístico. El equipo informático interactivo y el audiovisual se colocaron en la tercera sala, la de mayor capacidad. El equipo informático interactivo posibilita a los visitantes la identificación de las plantas que recolectaban y vendían las *trementinaires* y les ofrece información sobre sus aplicaciones. El audiovisual reproduce parte de la entrevista grabada en 1990 a Sofía (1908) y a Miquel (1916), su marido. Sofía fue la última *trementinaire*. La especificidad y la singularidad de la vida de Sofía, que desde sus niñez hasta su vejez –murió en 1996–, “fue por el mundo” y la de la vida de su marido, que la acompañó en su última etapa, que finalizó en 1982, reforzó la especificidad y singularidad que el discurso museográfico destaca de las *trementinaires*.

La construcción de la imagen museográfica de las *trementinaires* comportó la selección y codificación de ciertos rasgos, es decir, el énfasis sobre algunos y la minimización o el olvido de otros, por lo tanto, la creación de una imagen prototípica, no falsa, auténtica, pero a la que no se hubiera ajustado exactamente ninguna de las *trementinaires*.

BIBLIOGRAFÍA

- Frigolé, J. (2005) *Dones que anaven pel món. Estudi etnogràfic de les trementinaires la vall de la Vansa i Tuixèn*. Barcelona: Generalitat de Catalunya
- Frigolé, J. (2010) Patrimonialization and the mercantilization of the authentic. Two fundamental strategies in a tertiary economy. En: Roigé, X. y Frigolé, J. (ed.) *Constructing Cultural and Natural Heritage. Parks, Museums and Rural Heritage*. Girona: Institut Català de Recerca en Patrimoni Cultural, pp. 27-38
- Frigolé, J. (2012) Cosmologías, patrimonialización y eco-símbolos en el Pirineo catalán en un contexto global. *Revista de Antropología Social*, vol. 21, pp. 173-196. Disponible en: https://doi.org/10.5209/rev_RASO.2012.v21.40054 [Consulta: 30/04/2026]
- Frigolé, J. (2014) Retóricas de la autenticidad en el capitalismo avanzado. *Endoxa*, n.º 33, pp. 37-60. Disponible en: <https://doi.org/10.5944/endoxa.33.2014.13564> [Consulta: 30/04/2026]
- Garrabou, R. (dir.) (1988) *La crisis agraria europea de finales del siglo XIX*. Barcelona: Crítica
- Ingold, T. (1992) *Evolución y vida social*. México: Grijalvo
- Kirshenblatt-Gimblett, B. (2001) La cultura de les destinacions: teoritzar el patrimoni. *Revista d'etnologia de Catalunya*, n.º 19, pp. 44-61. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/RevistaEtnologia/article/view/49244> [Consulta: 30/04/2026]

Patrimonio, usos sociales y agua termal en Ourense

Fátima Braña Rey | Dpto. Análisis e Intervención Psicosocioeducativa, Universidade de Vigo

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6082>

RESUMEN

Las aguas termales han sido históricamente un recurso terapéutico y cultural, asociado tanto a prácticas médicas como a usos sociales y a la configuración de espacios singulares. Este trabajo aborda el caso de Las Burgas (Ourense) como enclave termal y bien patrimonial, analizando su papel en la construcción de la identidad urbana y en el desarrollo de un modelo de termalismo de proximidad basado en el acceso público. A partir de un enfoque histórico y normativo, se revisan los antecedentes de la institucionalización del conocimiento hidromineral y la regulación autonómica vigente, así como las intervenciones urbanas realizadas en el cambio de siglo que consolidaron itinerarios y zonas de baño. El artículo examina también la quiebra del modelo desde 2020, debido a la entrada en vigor de nuevas exigencias legales y a los efectos de la covid-19, subrayando las tensiones entre explotación del recurso, protección del patrimonio y derecho de uso ciudadano.

Palabras clave

Aguas mineromedicinales | Las Burgas | Ourense | Patrimonio cultural | Termalismo |



Termas de Outariz (enero, 2010) |
foto José Antonio Gil Martínez

Heritage, Social Uses, and Thermal Water in Ourense

ABSTRACT

Thermal waters have historically constituted both a therapeutic and cultural resource, associated with medical practices, social uses, and the shaping of distinctive spaces. This study examines the case of Las Burgas (Ourense) as a thermal site and heritage asset, analyzing its role in the construction of urban identity and in the development of a proximity-based thermalism model grounded in public access. Through a historical and regulatory approach, the paper reviews the background to the institutionalization of hydromineral knowledge and the current regional regulatory framework, as well as the urban interventions carried out at the turn of the century that consolidated pathways and bathing areas. The article also explores the disruption of this model since 2020, resulting from the implementation of new legal requirements and the effects of covid-19, highlighting the tensions between resource exploitation, heritage protection, and citizens' right of use.

Key words

Mineromedicinal waters | Las Burgas | Ourense | Cultural heritage | Thermalism |

Cómo citar: Braña Rey, F. (2026) Patrimonio, usos sociales y agua termal en Ourense. *revista PH*, n.º 118, pp. 162-183. Disponible en: www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6082 DOI 10.33349/2026.118.6082

Enviado: 14/01/2026 | **Aceptado:** 30/03/2026 | **Publicado:** 10/06/2026

INTRODUCCIÓN

Las aguas termales han configurado, a lo largo de la historia, un campo de prácticas en el que confluyen salud, sociabilidad, cultura material y construcción simbólica del territorio. Desde las termas de la Antigüedad hasta los actuales espacios de bienestar, el uso de estos recursos ha estado condicionado por marcos sociales, económicos y normativos cambiantes, dando lugar a formas diversas de apropiación y significación. En este sentido, el termalismo no puede entenderse como una realidad unívoca ni limitada al ámbito de los balnearios, sino como un fenómeno complejo que abarca múltiples tipologías de espacios, usos y discursos, en los que se entrelazan saberes científicos, prácticas cotidianas y estrategias de valorización patrimonial.

La evolución conceptual del termalismo refleja precisamente esta complejidad. De su identificación tradicional con la balneoterapia –centrada en la aplicación médica de las aguas mineromedicinales– se ha transitado hacia enfoques más amplios que lo conciben como actividad económica, recurso turístico y, en última instancia, como fenómeno holístico. Esta ampliación incorpora dimensiones arquitectónicas, históricas, antropológicas y territoriales, permitiendo interpretar el termalismo como un proceso histórico de construcción cultural en torno al agua.

En este marco, la definición de conceptos clave –como emergencia natural, agua mineral o agua termal– y su regulación normativa resultan fundamentales para comprender tanto las prácticas de uso como las formas de gestión contemporáneas.

A su vez, la institucionalización del conocimiento sobre las aguas termales, desarrollada progresivamente desde la Edad Moderna y su consolidación en el contexto del higienismo europeo, contribuyeron a configurar un modelo de termalismo vinculado a la medicina científica y a determinados patrones de sociabilidad, especialmente visibles en las grandes ciudades balnearias del siglo XIX. Sin embargo, este modelo coexistió con prácticas de carácter popular y de proximidad que, aunque menos visibles en los relatos hegemónicos, han desempeñado un papel esencial en la continuidad del uso termal y en la construcción de identidades locales.

En este contexto general, el caso de la provincia de Ourense –y, de manera particular, el de su capital– ofrece un ejemplo especialmente significativo para el análisis del termalismo como patrimonio cultural. La pervivencia de un modelo de uso popular basado en el acceso libre a las emergencias naturales, su reciente valorización como recurso turístico y su progresiva regulación normativa permiten observar las tensiones entre diferentes formas de entender y gestionar el agua termal: como bien común, como recurso económico y como patrimonio a preservar.

El presente trabajo aborda, por tanto, el fenómeno del termalismo desde una perspectiva integradora que articula su dimensión histórica, conceptual y normativa con el análisis de sus prácticas contemporáneas. A partir de este marco, se examina el caso de Ourense como laboratorio privilegiado, y más concretamente la emergencia termal de Las Burgas, central en la configuración urbana y simbólica de la capital. En ellas confluyen procesos de patrimonialización, construcción de identidad urbana y transformación de los usos sociales del agua termal.

EL TERMALISMO: USOS HISTÓRICOS Y CONSTRUCCIÓN CULTURAL DEL AGUA

Las termas constituyeron un referente fundamental para las civilizaciones antiguas, no solo como lugares de sanación, sino también como espacios de interacción social, práctica física, cuidado corporal y ocio. El uso de las aguas termales ha estado históricamente condicionado por factores sociales, culturales y económicos. El termalismo no se refiere únicamente a los balnearios, sino también a espacios termales de diferentes tipologías. En unos y otros, el aprovechamiento del recurso termal ha dado lugar a la configuración de espacios singulares, tradiciones, formas específicas de uso, estudios e investigaciones científicas y recursos turísticos vinculados a la salud y al bienestar. Todo ello ha contribuido a la conformación de un patrimonio cultural que permite comprender la historia de los procesos de aprovechamiento de las aguas termales.

Desde una perspectiva conceptual, algunos escritos circunscriben el termalismo al ámbito de la aplicación sanitaria de las aguas termales o minerales (Rodríguez Míguez 1995, 2002). Otros enfoques lo definen como una actividad económica con un ciclo productivo integral orientada a la producción de salud y vinculada, a su vez, a determinados servicios propios del turismo (Campos Fariña 1988). En esta línea, se ha señalado que hasta finales del siglo XX el término termalismo era prácticamente sinónimo de balneoterapia en España. Pero, en la actualidad, el concepto se ha ampliado para incluir, además de la actividad terapéutica, estrategias de gestión y comercialización propias del sector turístico (Souto Figueroa 2025).

Una aproximación más amplia, como la propuesta por Navarro-García y Alvim Carvalho (2020), concibe el termalismo como un fenómeno de carácter holístico que integra diversas disciplinas –como la arquitectura, la hidrología médica, la historia, la economía o la antropología– en torno a la gestión del agua termal o mineromedicinal. En este sentido, el termalismo puede entenderse como un proceso histórico que se ha ido configurando a partir de las formas de aprovechamiento y uso de una tipología específica de agua. Resulta fundamental, por tanto, precisar qué se entiende por

emergencia natural, así como establecer la diferencia entre agua mineral y agua termal.

De acuerdo con la Ley 8/2019, de 23 de diciembre, de regulación del aprovechamiento lúdico de las aguas termales de Galicia, las emergencias naturales son aquellas que brotan de forma espontánea en la superficie, sin necesidad de intervención humana, especialmente sin captación, perforación o bombeo (art. 3.e). Además de esta definición, es importante tener en cuenta que esta norma es la primera que regula el aprovechamiento popular y lúdico de las termas, dando por primera vez cobertura legal a la explotación pública o privada de las emergencias naturales en Galicia.

El agua mineral se caracteriza por haber permanecido durante un periodo prolongado en el acuífero, lo que le confiere una composición y un grado de mineralización específicos. La Ley 5/1995, de 7 de junio, de regulación de las aguas minerales, termales, de manantial y de los establecimientos balnearios de la Comunidad Autónoma de Galicia, distingue entre aguas mineromedicinales declaradas de utilidad pública y aptas para tratamientos terapéuticos, aguas minerindustriales destinadas a la extracción de sustancias con fines productivos y aguas minerales naturales bacteriológicamente sanas procedentes de un estrato o depósito subterráneo.

En sintonía con la normativa estatal, la misma Ley 5/1995 define las aguas termales como aquellas cuya temperatura de surgencia es superior, al menos en cuatro grados centígrados, a la media anual del lugar en que afloran (art. 2.2). De este modo, es posible encontrar aguas minerales frías o calientes, así como aguas termales minerales o mineromedicinales, en función de su temperatura, su composición y su declaración de utilidad pública.

La regulación normativa de las aguas termales y la configuración de los espacios vinculados a su aprovechamiento desde una concepción biomédica cuentan con importantes antecedentes históricos. En España, los estudios y la sistematización del conocimiento sobre las aguas termales y mineromedicinales se desarrollan a partir del siglo XVII con la publicación de la obra, de Alfonso Limón Montero, *Espejo cristalino de las aguas de España* (1697). Este tratado inaugura una tradición de compilación y clasificación de manantiales que dará lugar, desde entonces, a numerosos catálogos en los que se describen las características físico-químicas de las aguas, sus propiedades terapéuticas y recomendaciones de uso basadas en criterios científicos. En el proceso de institucionalización de este conocimiento, Fernando VII dispuso mediante Real Decreto que cada uno de los baños acreditados del reino contase con un profesional con formación suficiente sobre las virtudes de las aguas y su correcta aplicación terapéutica (Rodríguez Míguez 1999). A partir de la creación del cuerpo de médicos directores de balnearios, se generaliza asimismo la elaboración de memorias médicas vin-

culadas a los establecimientos termales (Souto Figueroa 2025). Estos documentos, junto con los catálogos hidrominerales, constituyen antecedentes directos de la consolidación de la hidrología médica como especialidad científica (Rodríguez Sánchez 1998).

Aunque la prescripción médica de la ingesta y el baño en aguas termales está documentada desde el siglo XV, su desarrollo y consolidación en Europa se intensificó a partir del siglo XVII, alcanzando su etapa de mayor esplendor en el siglo XIX (The Great Spa Towns of Europe s.f.). Este auge del termalismo europeo estuvo estrechamente vinculado a la influencia del higienismo, entendido como una corriente de pensamiento médico desarrollada desde finales del siglo XVIII que otorgaba una especial relevancia al entorno social y ambiental en el origen y evolución de las enfermedades (Larrinaga 2011).

En este contexto, el uso del agua termal durante el periodo de apogeo se apoyó en un enfoque científico, racional y positivista, encuadrado en el ámbito de la medicina. Paralelamente, el esparcimiento, el juego, el deporte y la sociabilidad asociados a las estancias termales dejaron una profunda huella en el patrimonio arquitectónico de grandes ciudades balnearias europeas, como Baden-Baden (Alemania) o Vichy (Francia). El cuidado del cuerpo, el disfrute de la naturaleza y la posibilidad de romper con la cotidianidad mediante estancias prolongadas caracterizaron un modelo de termalismo esencialmente elitista.

No obstante, este modelo decimonónico convivió –y en ocasiones eclipsó– formas de termalismo popular o de proximidad, vinculadas a pequeñas estaciones termales y al uso local de las aguas, que persistieron en paralelo a los grandes centros balnearios (Penez 2005).

EL TERMALISMO EN OURENSE

En la provincia de Ourense, las intervenciones realizadas sobre las emergencias naturales de agua termal con el objetivo de fomentar su uso en fuentes, termas o pozas –principalmente a partir de comienzos del siglo XXI– han transformado estos enclaves en atractivos turísticos y en espacios de salud, encuentro y sociabilidad tanto para la población local como para los visitantes. Este proceso puede observarse en municipios como Cenlle, Bande y Lobios y, de manera especialmente significativa, en la ciudad de Ourense. En estos municipios se habilitaron pozas e infraestructuras anexas con el fin de poner a disposición pública y gratuita las emergencias naturales de agua termal. Asistido por una amplia campaña informativa, durante las dos primeras décadas del siglo XXI, se fue popularizando y ampliando el uso de estos espacios como lugares de ocio y descanso.

Los datos disponibles para conocer los usos y el perfil de personas usuarias de estas termas proceden del estudio de campo realizado por Braña Rey, Casado Neira y Dapía Conde (2018), basado en una metodología mixta que combina observación participante, encuestas y entrevistas en profundidad. El trabajo empírico se desarrolló durante los meses de julio y agosto de 2017 en los espacios termales de la provincia citados más arriba. Ante la ausencia de datos previos sobre el perfil de las personas usuarias, se optó por un muestreo de carácter casual, distribuyendo las encuestas en función de la afluencia estimada en cada enclave. El número total de personas encuestadas fue de 433 (231 mujeres y 202 hombres), lo que permite una aproximación significativa a los patrones de uso y a las características del termalismo de carácter popular en el territorio.

La publicación mencionada recoge que la edad media de las personas usuarias era, en 2017, de 46 años, con un predominio de individuos situados entre los 25 y los 45 años. Este dato cuestiona la imagen tradicional del termalismo como una actividad asociada mayoritariamente a personas de edad avanzada, característica del público habitual de los balnearios. La procedencia de las personas usuarias refuerza el carácter de proximidad de este modelo: predominan claramente las personas de nacionalidad española, así como aquellas procedentes de Portugal, lo que evidencia una dimensión transfronteriza del uso termal en la provincia. Estos datos indican que el termalismo ourensano se sustenta fundamentalmente en flujos locales y regionales, más que en un turismo de larga distancia. En términos socioeconómicos, la elección de las termas parece responder más a preferencias y dinámicas culturales que a restricciones económicas, dado que los niveles de renta se concentran en franjas medias, con una presencia significativa de ingresos elevados.

Los modos de uso de los espacios termales muestran patrones claramente definidos. El termalismo en espacios abiertos y de acceso gratuito se configura como una práctica reiterada y social. La mayoría de las personas usuarias volvían a las termas y conocían más de un espacio termal en la provincia, lo que evidencia un conocimiento acumulado del territorio y una movilidad selectiva entre distintos enclaves. La duración de la estancia refuerza esta interpretación: en la mayoría de los casos, la visita termal era de corta duración y se integraba como un complemento dentro de la jornada, más que como una actividad central que ocupase todo el día. No obstante, una parte significativa de las personas usuarias prolongaba su permanencia durante varias horas.

De acuerdo con el citado informe, el análisis de las actividades complementarias pone de manifiesto la débil articulación entre el uso termal y la oferta turística convencional. Las personas usuarias mayoritariamente no concebían la práctica termal como parte de una actividad turística estructurada, ni



Espacio termal de O Baño, Municipio de Bande, a orillas del embalse de As Conchas (2018) | foto Fátima Braña Rey, autora de todas las imágenes que ilustran el artículo si no se indica lo contrario

como una experiencia asociada a servicios complementarios. Más allá del baño, otras prácticas termales tenían una presencia marginal, al igual que el uso de infraestructuras turísticas como alojamientos, *campings* o actividades comerciales. Las únicas actividades que despertaban cierto interés eran aquellas vinculadas al disfrute del entorno inmediato, como paseos, rutas o visitas a bienes culturales, lo que evidencia una conexión clara entre termalismo y patrimonio.

Los datos indican que aproximadamente la mitad de las personas usuarias conocían las propiedades terapéuticas de las aguas. Este hecho resulta significativo, ya que pone de relieve que el uso reiterado de las termas no se sustenta necesariamente en un conocimiento formal del recurso, sino en una experiencia práctica asociada al bienestar, la percepción corporal y los efectos subjetivos del baño. Aunque no se elimina la autoprescripción que hacen los usuarios al acudir de forma reiterada a las termas. Esta situación se relaciona con la ausencia de un reconocimiento oficial de todas las aguas como mineromedicinales y con el régimen de uso ilegal que caracterizaba a estos espacios hasta la regulación que entró en vigor en el año 2020, como se ha visto en apartados anteriores.

En sintonía con lo anterior, las principales motivaciones para acudir a las termas eran el relax y la salud, elementos básicos de la tradición balnearia. No obstante, en el caso del modelo popular ourensano se añaden motivaciones de carácter lúdico y turístico, como el interés por conocer el espacio o la realización de paseos. Esta coexistencia de motivaciones refuerza la idea de un modelo híbrido, en el que el termalismo se sitúa entre la práctica de bienestar, el ocio cotidiano y una experiencia turística no estructurada.



Espacio termal del Municipio de Cenlle (2018)

En cuanto a la temporalidad de la práctica termal, el verano se identificaba como la estación preferida para acudir a las termas, aunque también estaba ampliamente extendida la percepción de que cualquier época del año resulta adecuada. No obstante, cada espacio termal presenta particularidades específicas. En Bande, la estacionalización estaba vinculada a las crecidas del embalse, que durante buena parte del año anegaban el espacio termal. En Cenlle, la estacionalización viene determinada por el período de apertura de las instalaciones, gestionadas mediante concesión municipal, así como por el carácter hipotermal del agua, que limita su uso a la época estival. En Lobios, por su parte, la afluencia se ve favorecida por las visitas estivales al Parque Natural Baixa Limia-Serra do Xurés.

Por tanto, en la decisión de acudir a las termas, el principal factor condicionante, por encima de las condiciones climáticas, era la disponibilidad de tiempo. Asimismo, se observó una preferencia por las visitas entre semana y por franjas horarias con menor afluencia, lo que indica una búsqueda deliberada de sosiego en la experiencia termal.

De acuerdo con lo expuesto, el informe señala que las valoraciones generales sobre las termas fueron muy positivas. En conjunto, las personas usuarias se mostraron altamente satisfechas tanto con la experiencia como con las instalaciones, aunque se recogieron algunas sugerencias relativas a la limpieza, la disponibilidad de servicios públicos y el cuidado del entorno. Paralelamente, una parte de la muestra expresó de manera explícita sus felicitaciones, lo que evidencia que se consiguió un elevado grado de satisfacción con estos espacios.

La práctica termal se sustentaba en dos concepciones principales. Por un lado, se identificaba una visión de las termas como espacios naturales poco antropizados, en los que se busca una intervención mínima, a menudo con el objetivo de lograr la máxima proximidad entre la emergencia termal y los cuerpos. Por otro, emergía una concepción orientada al aprovechamiento turístico, que demanda mayores infraestructuras, servicios públicos y establecimientos de restauración. Estas tensiones resultaban especialmente visibles en aquellos espacios condicionados por el uso alegal, debido al vacío normativo que situaba las termas y pozas en un espacio intermedio entre los balnearios y las piscinas, sin una regulación específica.

En la actualidad, la Ley 8/2019, de 23 de diciembre, de regulación del aprovechamiento lúdico de las aguas termales de Galicia, separa definitivamente estos espacios de los balnearios al negar su consideración como terapéuticos, si bien no ofrece una solución clara en relación con su tratamiento higiénico, ya que en algunos casos los equipara a las piscinas. Así, esta norma introduce una distinción clara entre el uso terapéutico propio de los balnearios y el uso lúdico asociado a otras formas de aprovechamiento termal, como las termas, las pozas o las estaciones termales. De manera categórica, la ley reconoce que, desde comienzos del siglo XXI, se ha desarrollado un modelo de aprovechamiento de las aguas termales con fines turísticos y de bienestar que carecía hasta entonces de una regulación específica.

La Ley 8/2019 establece como finalidades prioritarias, en primer lugar, velar por la salubridad y la higiene; en segundo término, garantizar la sostenibilidad ambiental; en tercer lugar, proteger las aguas termales “como recurso natural, patrimonial, cultural, industrial, turístico y lúdico” (Ley 8/2019, art.



Pozas efímeras, creadas por las personas usuarias aprovechando el bajo caudal del Miño, habilitando zonas de baño para combinar las emergencias de agua termal con el agua fría del río. Zona de A Chavasqueira, municipio de Ourense (2017)

2.c); y, finalmente, promover el desarrollo económico y social de las localidades en las que se localizan las emergencias termales, que la propia norma sitúa mayoritariamente en zonas de interior.

La norma distingue entre los espacios termales que utilizan las aguas con fines lúdicos y los balnearios, que desempeñan una función terapéutica y se encuentran regulados por la Ley 5/1995. Esta diferenciación constituye una de las claves para entender el impacto de la normativa en la reducción del uso de los espacios termales abiertos, dado que, salvo en el caso de los balnearios, ningún otro establecimiento puede vincular su actividad a los beneficios terapéuticos del agua termal.

Asimismo, los criterios de salubridad exigidos a las dos categorías previstas para el aprovechamiento lúdico –espacios y piscinas termales– se asemejan a los establecidos para las piscinas, de acuerdo con el Real Decreto 742/2013, de 27 de septiembre, de obligado cumplimiento en el caso de las piscinas termales. La combinación de la restricción del uso terapéutico y de las estrictas condiciones higiénico-sanitarias ha resultado especialmente difícil de asumir en los espacios termales habilitados en la ciudad de Ourense.

En este sentido, la Ley de regulación del aprovechamiento lúdico de las aguas termales de Galicia constituye un factor clave para comprender la situación actual del termalismo en Ourense, ya que tanto la Xunta de Galicia como el Concello de Ourense han señalado el incumplimiento de esta normativa como una de las principales razones para no proceder a la reapertura de los baños termales (Caamaño-Franco et ál. 2025).

En definitiva, como rasgos básicos, el modelo popular de termas en Ourense, frente al modelo balneario, se caracterizó por una apropiación social del recurso, por la reiteración en el uso y por una relación directa con el entorno natural. Se configura así una práctica que combina bienestar, sociabilidad y disfrute del espacio, sin una integración plena en las lógicas del consumo turístico estructurado. A nivel simbólico, el agua se consolida como elemento central, siendo la temperatura y la proximidad al manantial los principales indicadores percibidos de calidad. Las termas y pozas habilitadas para el uso público fueron entendidas como bienes comunes, apropiados socialmente y gestionados –al menos en el plano discursivo– desde la lógica del bien común, lo que constituye uno de los rasgos definitorios del modelo de uso popular del termalismo en la provincia de Ourense. Además, se asistió a un proceso de patrimonialización de estos espacios termales, al vincularlos con la historia, la tradición y la naturaleza, lo que reforzó su valorización y los configuró, simultáneamente, como recursos turísticos.

En definitiva, la relevancia termal de la provincia se vincula a un uso popular y continuado de sus emergencias naturales. Este modelo en la ciudad

de Ourense está documentado en espacios como Las Burgas, O Tinteiro, A Chavasqueira, Outariz, Canedo, Reza o O Muíño. Estos enclaves configuran un modelo de termalismo propio, basado fundamentalmente en el aprovechamiento del agua termal por inmersión y en prácticas de carácter cotidiano y comunitario (Pérez Fernández 2023).

OURENSE CAPITAL TERMAL

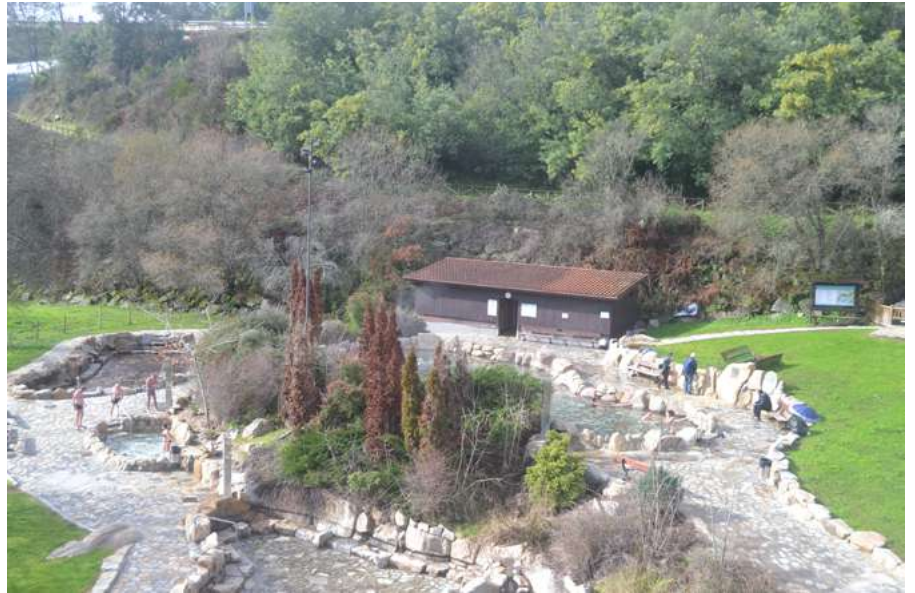
El término municipal de Ourense cuenta con numerosas emergencias naturales de agua termal, cuyo aprovechamiento con fines terapéuticos y de bienestar ha sido ampliamente documentado en los catálogos sobre los usos de las aguas desde el siglo XVIII, que se han indicado con anterioridad. Este interés ha dado lugar a una extensa producción bibliográfica centrada en el uso de las aguas, su historia y el fenómeno del termalismo en el territorio (Ramírez Ortega, Rial Lemos y Ramírez Masferrer 2000; Larrinaga 2011; Pérez Fernández 2023).

En este contexto, el termalismo se ha convertido en un elemento central de la identidad urbana de Ourense, que en el siglo XXI se ha promocionado como capital termal. Esta denominación refuerza el apelativo previo de ciudad de Las Burgas, subrayando la estrecha vinculación entre el desarrollo urbano y el recurso termal.

En Ourense existieron tres establecimientos termales de los que se tiene constancia, creados entre finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX: el balneario de Mende, del que apenas se conservan testimonios y que cerró a mediados del siglo XX (Casal García y González Soutelo 2010); el modesto balneario de Santiago de Caldas, afectado por el trazado de la autovía Ourense-Vigo y clausurado en 1971 (Rodríguez González 2013); y la casa de baños situada en las proximidades de Las Burgas, que cerró en la década de 1990 debido a la escasez de clientela y al deterioro de sus instalaciones (Rodríguez Míguez 1995). Antes de las intervenciones de finales de siglo Las Burgas se utilizaban principalmente para lavar y la casa de baño era de uso terapéutico, apta para la “cura de artrosis, reumatismo y heridas solía tomarse diez sesiones o quince siendo mejor administrarlas alternativamente” (Rodríguez Míguez 1995, 262).

Los tres establecimientos tuvieron un carácter modesto y ninguno alcanzó la proyección ni el reconocimiento de otros centros balnearios gallegos que adoptaron el modelo decimonónico de ocio y salud al estilo europeo, como Mondariz o A Toxa.

A finales del siglo XX y comienzos del siglo XXI se llevaron a cabo diversas intervenciones en las emergencias naturales de agua termal del municipio



Espacio termal Burgas de Canedo, municipio de Ourense (2026)

de Ourense que permitieron recuperar nueve enclaves de acceso al recurso, incluyendo fuentes, zonas de baño de acceso libre y gratuito, así como instalaciones de uso regulado mediante pago.

Hasta la aprobación de la Ley 8/2019, existían en la ciudad diversas termas a cielo abierto acondicionadas con vestuarios, pozas para el baño y espacios ajardinados de gestión pública. Las Burgas, A Chavasqueira, O Muíño da Veiga y el conjunto Outariz-Canedo constituían espacios en los que se articulaba un modelo de áreas recreativas destinadas al ocio en la naturaleza, combinado con una funcionalidad termal vinculada al tratamiento, la prevención de enfermedades y la promoción de hábitos saludables propios de las prácticas balnearias, aunque no exclusivas de estas.

Con excepción de Las Burgas –situadas en el centro urbano– el resto de las termas y fuentes se integraron en un sistema de itinerarios peatonales a lo largo de ambas riberas del río Miño, conectados mediante puentes y pasarelas y complementados por un servicio de autobús urbano y un tren turístico que recorría el trazado paralelo al río con paradas en cada enclave termal.

Además de las instalaciones públicas y gratuitas abiertas de forma continuada, la empresa privada Iberinsha S.L. obtuvo la concesión administrativa para la explotación de dos emergencias termales que dieron lugar a las Termas de A Chavasqueira y las Termas de Outariz. Las instalaciones de A Chavasqueira sufrieron un incendio en 2019 y, tras un periodo prolongado de cierre, reabrieron al público en octubre de 2025. En ambos casos, se trata de equipamientos de inspiración oriental en su concepción y diseño arquitectó-

nico, cuyo coste de acceso relativamente reducido los hace asequibles para un amplio espectro de usuarios.

Desde una perspectiva simbólica y cultural, los distintos espacios de baño de Ourense responden a referentes diversos. Las Burgas se asocian al imaginario de la cultura romana, en consonancia con los restos arqueológicos documentados en las intervenciones realizadas en el entorno. Por su parte, las termas situadas a lo largo del río Miño combinan una doble inspiración: por un lado, referencias a un ideario celta –del que la arqueología sugiere prácticas termales vinculadas al culto– y, por otro, la influencia japonesa como estrategia de innovación y modernización del aprovechamiento termal tradicional en la ciudad. La incorporación de elementos asociados a la filosofía zen en las estaciones de concesión privada pone de manifiesto una interesante convergencia entre ámbitos culturales distintos en torno a la práctica contemporánea del baño termal.

El concepto de “ciudad marca” (lazzetta Di Stasio 2007), orientado a la promoción de destinos turísticos urbanos mediante la integración de la vida cotidiana de sus residentes –sus valores, manifestaciones culturales, artísticas y formas de organización–, encaja de manera coherente con el proceso de construcción de la imagen de Ourense como “capital termal”. Esta denominación, de carácter eminentemente promocional, pretendía sintetizar el principal atractivo que se deseaba destacar tras la rehabilitación de las márgenes del río Miño y la puesta en funcionamiento de las termas y pozas urbanas.

A comienzos del siglo XXI, la práctica termal consolidada y emergente en Ourense se articulaba en torno a un núcleo simbólico y patrimonial claramente definido. Las Burgas, situadas en el casco histórico, actuaban como referente principal de la ciudad en su aspiración a configurarse como “capital termal”. Junto a este enclave, otros espacios termales –fuentes, termas y estaciones termales– contribuyeron a reforzar tanto el centro simbólico como la propuesta global de ciudad, que puede interpretarse desde la lógica de la *ciudad marca*, tal y como señala lazzetta Di Stasio (2007). En este proceso de capitalización simbólica, la imagen de Ourense se construyó a partir de un núcleo central en el que Las Burgas funcionaron como elemento articulador de diversas actuaciones urbanísticas, mientras que el agua termal se convirtió en el eje vertebrador de múltiples iniciativas públicas y privadas orientadas a la configuración del destino y a su promoción dentro de la industria turística (Braña Rey y Diz Casal 2017).

En este contexto, la feria Termatalia ha desempeñado también un papel relevante en el desarrollo y proyección del termalismo en Ourense. Iniciada en 1997 en esta ciudad, Termatalia ha contribuido de forma continuada a la promoción del turismo termal, impulsando tanto la formación técnica especializada como la celebración de congresos y encuentros profesionales vin-



Espacio termal de Outariz anegado por las crecidas del río Miño (enero 2026)

culados al termalismo, especialmente desde el año 2019. A esta dinámica se suma la consolidación del Campus Universitario de Ourense bajo la denominación de *Campus del Agua*, así como el desarrollo de líneas de investigación específicamente asociadas a este recurso. Estas iniciativas han tenido una importancia significativa al fomentar el estudio del fenómeno termal desde una perspectiva interdisciplinar, abarcando diversas áreas del conocimiento y reforzando el posicionamiento de Ourense como referente académico y científico en el ámbito de la gestión del agua y el termalismo.

Este modelo de aprovechamiento termal se mantuvo en funcionamiento hasta el año 2020, no exento de controversias. Por un lado, las pozas y termas fueron utilizadas mayoritariamente por la población local, aunque también atrajeron a un volumen creciente de visitantes, lo que llegó a provocar episodios de saturación de los recursos termales en fechas señaladas, como el periodo de Semana Santa (Braña Rey, Casado Neira y Dapía Conde 2018).

Por otro lado, la localización de algunas de estas infraestructuras en zonas inundables dio lugar, a lo largo del tiempo, a importantes desperfectos y a la necesidad recurrente de actuaciones de mantenimiento como consecuencia de las crecidas del río Miño. A ello se sumó la percepción de este modelo como una posible amenaza para el negocio de los balnearios tradicionales, que, en paralelo al renovado interés por el termalismo a finales del siglo XX, adaptaron sus instalaciones mediante la incorporación de piscinas termales con el fin de captar un público turístico más amplio.

El año 2020 supuso una ruptura significativa en el desarrollo del termalismo gallego y, de manera especialmente acusada, en el caso de los recursos termales del municipio de Ourense. Ese año entró en vigor la Ley 8/2019, de aprovechamiento lúdico de las aguas termales de Galicia, que establece nuevos requisitos para los espacios termales abiertos y las pozas, exigencias que resultan complejas de asumir de forma ordinaria por parte de la administración local.

A esta circunstancia normativa se sumó, en el mismo año, la paralización generalizada de las actividades al aire libre como consecuencia de la pandemia de la covid-19, lo que conllevó el cierre de termas y pozas. Desde entonces, en Ourense y pese a los sucesivos anuncios de actuaciones y mejoras, no se han activado de forma efectiva los mecanismos necesarios para dar cumplimiento a las exigencias legales, ni a su posición en terreno inundable, lo que ha derivado en el cierre intermitente de estas instalaciones. Como resultado, el modelo de termalismo urbano de Ourense, basado en la sociabilidad y en la convivencia entre el uso vecinal y el turístico orientado al ocio y la salud, quedó interrumpido. Las instalaciones más afectadas han sido Las Burgas, que, a pesar de su centralidad simbólica y patrimonial, no han reabierto desde el primer confinamiento asociado a la covid-19.

En paralelo se publicitaba la campaña Termalismo solidario, revelando el papel de los balnearios como agentes de salud, no solo para turistas sino para los trabajadores de los que se denominaron sectores esenciales (Caamaño-Franco et ál. 2025). Así se promovió asociaciones público-privadas que reactivaron el sector balneario, dejando de nuevo de lado la realidad paralela de un termalismo popular (Pinos Navarrete y Shaw 2020).

LAS BURGAS: HISTORIA, SIMBOLISMO Y PATRIMONIALIZACIÓN

Situadas a escasos cuatrocientos metros de la plaza mayor de Ourense, Las Burgas constituyen uno de los conjuntos más representativos de la ciudad. Los resultados de las investigaciones arqueológicas realizadas en su entorno indican que este espacio ha estado ocupado y vinculado al uso del baño, al menos, desde mediados del siglo I a. de C., si bien se ha señalado la existencia de posibles periodos de abandono, como el documentado en el siglo IV d. de C. (Eguileta Franco 2008).

Nicolás Taboada Leal describió Las Burgas como un conjunto formado por tres manantiales: el superior, dotado de caños de piedra; el inferior, que conformaban fuente y un estanque; y un tercer punto de surgencia próximo a este último, conocido como o fervedoiro, en el que el agua burbujea de forma constante debido a su elevada temperatura, en torno a los 67 °C. El autor subraya la “gran utilidad que los habitantes de la ciudad sacan de sus Burgas”, especialmente entre las clases populares, al permitir múltiples usos cotidianos que iban desde la preparación de alimentos hasta la higiene corporal y la realización de pediluvios, entre otros (Taboada Leal 1877, 98).



Conjunto termal de Las Burgas: fuentes, piscina y entorno patrimonial (2025)

Las Burgas se configuraron progresivamente, probablemente a partir del siglo XIX y con una consolidación clara a mediados del siglo XX, como un elemento identitario de la ciudad de Ourense. Junto a esta dimensión representativa, se desarrollaron también asociaciones simbólicas de signo ambivalente, vinculadas a prácticas sociales populares y a realidades de marginalidad que forman parte de la memoria urbana. En este sentido, el área de Las Burgas puede entenderse como un espacio polisémico en el que conviven significados de comunidad y sociabilidad con otros asociados a la exclusión y la diferenciación social. Esta última dimensión fue recogida por Valentín Lamas Carvajal (1884) en sus relatos sobre los denominados *os graxos da Burga* y por otros autores que sitúan el entorno como punto de encuentro de la clase trabajadora y de actividades productivas como panaderías, curtidurías o el antiguo matadero (Taboada Leal 1877; Otero Pedrayo 1991).

Las intervenciones para conseguir una ciudad termal de finales del siglo XX constituyó la renovación de Las Burgas como punto central del termalismo de la ciudad. Era el único espacio termal a cielo abierto situado en el casco urbano propiamente pues el resto, estando ubicadas en el municipio, se sitúan en las zonas verdes de las márgenes del río Miño, en barrios periféricos e industriales. Por ejemplo, la Chavasqueira estaba justo debajo del “matadero nuevo” cuya actividad finalizó en el año 2018.

Desde el punto de vista simbólico, Las Burgas constituyen un emblema consolidado de la ciudad de Ourense. Estudios arqueológicos y geográficos han puesto de relieve el papel determinante de estos manantiales en el desarrollo urbano histórico de la ciudad (Rodríguez González 2013; Somoza Medina 2001).

Declaradas aguas mineromedicinales y termales en 2004, en la actualidad Las Burgas funcionan simultáneamente como espacio de uso –fuente

A la izquierda, Burga de Arriba, entrada a la piscina, duchas y vestuarios. Al fondo réplicas de aras romanas. Arriba acceso al parque y Centro de Interpretación (2025)

A la derecha, Burga de Abaixo, al fondo con valla de seguridad O Fervedoiro (2025)



y terma, aunque esta última se encuentre cerrada– y como bien patrimonial y recurso turístico. Antes de su clausura, diversos estudios evidenciaron que la práctica del baño en la piscina de Las Burgas podía suponer una mejora significativa en el tratamiento de determinadas patologías (Calvo Ayuso 2021; Pérez Fernández 2023).

La configuración espacial del conjunto, organizada en tres niveles, facilita el acceso a las aguas y articula un espacio concebido también para el ocio. La zona protegida incluye excavaciones arqueológicas musealizadas, un centro de interpretación, zonas ajardinadas, fuentes y piscina, elementos construidos en diferentes etapas históricas que refuerzan la posición de Las Burgas como surgencia central de la ciudad. En este sentido, resulta especialmente significativo para el análisis simbólico que Las Burgas sean reconocidas como patrimonio cultural desde el año 2007, cuando el conjunto de las fuentes termales fue declarado bien de interés cultural, con la categoría de sitio histórico, por su carácter “único”, “representativo” y “diferenciador” (Decreto 17/2007).

CONCLUSIONES

El municipio de Ourense puso en marcha, a finales del siglo XX, una iniciativa singular al dotar a la ciudadanía de espacios termales accesibles destinados al bienestar, el tratamiento y el ocio. Este modelo, basado en el uso público y cotidiano de las emergencias naturales de agua termal, constituyó una experiencia poco común en el contexto del termalismo contemporáneo.

El análisis desarrollado a lo largo de este trabajo permite afirmar que el termalismo en Ourense constituye un fenómeno complejo, resultado de la superposición histórica de prácticas médicas, usos populares, estrategias turísticas y procesos de patrimonialización. Lejos de poder entenderse exclusivamente desde una lógica sanitaria o económica, el termalismo ourensano se configura como un sistema cultural en el que el agua termal actúa como eje articulador de identidades, sociabilidades y formas específicas de relación con el territorio.

La revisión histórica y conceptual evidencia que el termalismo no ha sido una realidad homogénea ni unívoca. Junto al modelo balneario, de raíz decimonónica, elitista y fuertemente medicalizado, han coexistido –y en el caso de Ourense, han sido especialmente persistentes– formas de termalismo popular vinculadas al uso cotidiano, comunitario y de proximidad de las emergencias naturales. Estas prácticas, frecuentemente invisibilizadas en los relatos oficiales, han contribuido de manera decisiva a la configuración de un patrimonio cultural inmaterial asociado al baño, al cuidado del cuerpo y a la apropiación social del recurso termal.

La experiencia de Ourense durante las dos primeras décadas del siglo XXI puso de manifiesto la capacidad de este modelo popular para integrarse en políticas urbanas de regeneración del espacio público y de promoción de la ciudad como destino termal. La habilitación de pozas y termas de acceso libre y gratuito, su articulación mediante itinerarios peatonales a lo largo del río Miño y su incorporación al imaginario de la “ciudad marca” consolidaron un modelo híbrido, situado entre el ocio cotidiano, el bienestar y una forma de turismo no estructurado. Este modelo se caracterizó por una fuerte apropiación social del recurso, una elevada satisfacción de las personas usuarias y una relación directa con el entorno natural, en consonancia con valores patrimoniales ampliamente compartidos.

Sin embargo, este equilibrio resultó frágil. La entrada en vigor de la Ley 8/2019 de aprovechamiento lúdico de las aguas termales de Galicia, unida al impacto de la pandemia de la covid-19, supuso una ruptura abrupta del modelo de termalismo urbano desarrollado en Ourense. La normativa, al establecer una separación tajante entre usos terapéuticos y lúdicos y al equiparar los requisitos higiénico-sanitarios de las termas abiertas a los de las piscinas, generó un marco difícilmente asumible para espacios concebidos desde lógicas patrimoniales, paisajísticas y sociales. Como consecuencia, se produjo el cierre prolongado o intermitente de enclaves emblemáticos, entre ellos Las Burgas, pese a su centralidad simbólica, histórica y patrimonial.

Este proceso ha evidenciado una tensión no resuelta entre la protección sanitaria y ambiental, legítima y necesaria, y el reconocimiento de las prácticas sociales vinculadas al termalismo como parte de los recursos al servicio de la ciudadanía. La respuesta institucional posterior, centrada en la promoción del denominado “termalismo solidario” durante la pandemia y en el apoyo al sector balneario mediante fórmulas de colaboración público-privada, reforzó una concepción del termalismo orientada fundamentalmente al mercado y a los establecimientos regulados, relegando nuevamente el termalismo popular y comunitario a una posición marginal.

Desde una perspectiva patrimonial crítica, esta situación plantea interrogantes de gran relevancia. La patrimonialización de espacios como Las Burgas ha avanzado en términos de reconocimiento jurídico y musealización, pero no ha ido acompañada de una garantía efectiva de uso social continuado. Se corre así el riesgo de consolidar un patrimonio desactivado, valorado simbólicamente pero desvinculado de las prácticas que le dieron sentido histórico y cultural.

En este contexto, el cierre prolongado de las termas no solo implica la pérdida de un servicio de bienestar, sino también la interrupción de una forma de relación cotidiana con el patrimonio.

En definitiva, el caso de Ourense pone de relieve la necesidad de repensar los marcos normativos y las políticas públicas desde enfoques más integra- dores, capaces de reconocer la pluralidad de modelos termales y de compa- tibilizar la protección de la salud con la salvaguarda de los usos sociales y patrimoniales del agua termal. Recuperar el termalismo urbano de Ourense no debería entenderse únicamente como un problema técnico o administra- tivo, sino como un reto cultural y patrimonial de primer orden, que interpela directamente a la manera en que se conciben y gestionan los bienes comu- nes en la ciudad contemporánea.

BIBLIOGRAFÍA

- Blázquez, J.M. (2001) *Religiones, ritos y creencias funerarias en la Hispania prerromana*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Braña Rey, F., Casado Neira, D. y Dapía Conde, M. (2018) Usos e patróns nas áreas termais da provincia de Ourense como topías. En: Blas Varela, E. de., Rodríguez Vázquez, V., Vila Sobrino, X.A. y Álvarez González, S. (coord.) *Proxectos INOU 2017. Investigación aplicada na provincia de Ourense*. Ourense: Universidade de Vigo, pp. 25-43
- Braña Rey, F. y Diz Casal, J. (2017). Socialidad de los cuerpos sumergidos, cotidianeidad y trascendencia, entre el patrimonio cultural y el turismo termal. *Anthropos: Cuadernos de cultura crítica y conocimiento*, n.º 248, pp. 151-161
- Caamaño-Franco, I., Pérez-García, A., Muíño-Sar, B. y Bremser K. (2025) The role of print media in shaping thermal wellness tourism: comparative analysis of Baden Baden and Ourense. *International Journal of Spa and Wellness*, vol. 8, n.º 3, pp. 426-450. DOI: <https://doi.org/10.1080/24721735.2025.2524660>
- Calvo Ayuso, N. (2021) *Educación para la salud y aguas mineromedicinales en pacientes diagnosticados de fibromialgia*. Tesis doctoral, Universidad de Vigo. Disponible en: <https://www.investigacion.biblioteca.uvigo.es/xmlui/handle/11093/2606> [Consulta: 04/10/2025]
- Campos Fariña, M. (1988) Termalismo social. En: *El termalismo en Galicia en la década de los ochenta: II Xornadas galegas de termalismo (O Carballiño, outono 1984)*. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, pp. 441-458
- Casal García, R. y González Soutelo, S. (2010) *Os balnearios de Galicia. Orixe e desenvolvemento*. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela
- Decreto 17/2007, de 8 de febrero, por el que se declara bien de interés cultural, con la categoría de sitio histórico, el conjunto de fuentes termales de Las Burgas y su entorno delimitado, en el Ayuntamiento de Ourense. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 89, de 13 de abril de 2007. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2007-7856 [Consulta: 13/03/2026]
- Decreto 2505/1975, de 12 de septiembre, por el que se declara conjunto histórico-artístico el casco antiguo de la ciudad de Ourense. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 254, de 23 de octubre de 1975. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1975-21905 [Consulta: 13/03/2026]
- Eguleta Franco, J.M. (2008) Ourense, sucesión de ciudades estratificadas por el tiempo: el entramado romano. *Porta da Aira: Revista de Historia del Arte Orensano*, n.º 12, pp. 51-106
- Gómez de Bedoya y Paredes, P. (1765) *Historia universal de las fuentes minerales de España, sitios en que se hallan, principios de que constan, análisis y virtudes de sus aguas, modo de administrarlas y de ocurrir a los accidentes que suelen nacer de su abuso*. Santiago de Compostela: Ignacio Aguayo Aldemunde
- González Rodríguez, M. (2013) Las aguas termales en Ourense: fuente de desarrollo urbanístico y renovación urbana. *Revista Galega de Administración Pública (REGAP)*, n.º 45, pp. 461-514
- The Great Spa Towns of Europe (s. f.) Volume I-17: History and development. En: *The Nomination Document*. UNESCO. Disponible en: <https://www.greatspatownsofeurope.eu/wp-content/uploads/2024/11/Volume-I-17-History-and-Development.pdf> [Consulta: 20/12/2025]
- Iazzetta Di Stasio, E.P. (2007) Imaginarios urbanos, cultura temporalizada y espacios públicos en los frentes de agua contemporáneos. *Revista de Artes y Humanidades UNICA*, 8-18, pp. 259-280
- Kneipp, S. (1895) *Método de hidroterapia o mi cura de agua*. Barcelona: Juan Gilli y Roig
- Lamas Carvajal, V. (1884) *Os graxos dLas Burgas*. O Tío Marcos da Portela, 14
- Larrinaga, C. (2011) Termalismo y turismo en la España del siglo XIX. En: Barciela López, C., Manera Erbina, C.P., Molina de Dios, R. y Di Vittorio, A. (coord.) *La evolución de la industria turística en España e Italia*. Palma de Mallorca: Institut Balear d'Economia, pp. 569-608
- Ley 5/1995, de 7 de junio, de regulación de las aguas minerales, termales, de manantial y de los establecimientos balnearios de la Comunidad Autónoma de Galicia. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 173, de 21 de julio de 1995. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-17627> [Consulta: 01/03/2026]
- Ley 8/2019, de 23 de diciembre, de regulación del aprovechamiento lúdico de las aguas termales de Galicia. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 33, de 7 de febrero de 2020. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es-ga/l/2019/12/23/8/con> [Consulta: 01/03/2026]
- Limón Montero, A. (1697) *Espejo cristalino de las aguas de España: hermoso y guarnecido con el marco de variedad de fuentes y baños cuyas virtudes, excelencias y propiedades se examinan y acomodan a la salud, provecho y conveniencias de la vida humana*. Alcalá de Henares: Francisco García Fernández. Disponible en: https://bvpb.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=156435 [Consulta: 11/10/2025]

- Murillo, F. (1910) *Memoria descriptiva e indicaciones terapéuticas de las nuevas aguas minero-medicinales de Verín, manantial Cabreiroá*. Madrid: Imprenta Alemana
- Navarro García, J.R. y Alvim Carvalho, F. (2020) *Paisaje y salud: enfoques y perspectivas del termalismo en España*. Jaén: Universidad de Jaén
- Navarro García, J.R. y Alvim Carvalho, F. (2020) Paisaje y salud: enfoques y perspectivas del termalismo en España. *Investigaciones Geográficas*, n.º 73, pp. 1-15
- Otero Pedrayo, R. (1991) *Guía de Galicia*. Vigo: Galaxia
- Penez, J. (2005) *Histoire du thermalisme en France au XIXe siècle*. Paris: Economica
- Pérez Fernández, R. (2023) *Un nuevo modelo termal: el termalismo ourensano como estilo de vida y recurso terapéutico*. Academia de Enfermería de Galicia. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8368780> [Consulta: 22/09/2025]
- Pinos Navarrete, A. y Shaw, G. (2020) Spa tourism opportunities as strategic sector in aiding recovery from Covid-19: The Spanish model. *Tourism and Hospitality Research*, vol. 21, n.º 2, pp. 245-250. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1467358420970626> [Consulta: 21/01/2026]
- Ramírez Ortega, A., Rial Lemos, M.E. y Ramírez Masferrer, J.A. (2000) Patrimonio hidromineral de la Comunidad Autónoma de Galicia. En: López Geta, J.A. y Pinuaga Espejel, J.L. *Panorama actual de las aguas minerales y minero-medicinales en España*. Madrid: Instituto Geológico y Minero de España, pp. 331-360. Disponible en: <https://aguas.igme.es/igme/publica/pdfart3/elpatrimonio.pdf> [Consulta: 8/10/2025]
- Rodríguez González, M. (2013) As augas termais en Ourense: fonte de desenvolvemento urbanístico e renovación urbana. *Revista Galega de Administración Pública (REGAP)*, n.º 45, pp. 163-214
- Rodríguez Míguez, L. (1995) *Estudio histórico bibliográfico del termalismo: principales urgencias de la provincia de Orense*. Diputación Provincial de Ourense
- Rodríguez Míguez L. (1999) *Ayer y Hoy del Termalismo*. [Discurso para la recepción pública del Académico Electo] Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia
- Rodríguez Míguez, L. (2002) Hidrología médica, balneoterapia y termalismo en el siglo XX. En: *Evolución de la medicina en el siglo XX*. Ourense: Real Academia de Medicina y cirugía de Galicia, pp. 179-194
- Rodríguez Sánchez, J.A. (1998) La creación de la Cátedra de Hidrología Médica (1912). En: Castellanos Guerrero, J. (coord.) *La medicina en el siglo XX. Estudios históricos sobre medicina, sociedad y Estado*. Málaga: Sociedad Española de Historia de la Medicina, pp. 201-212
- Somoza Medina, J. (2001) *Desarrollo urbano en Ourense (1895–2000)*. Tesis doctoral, Universidade de Santiago de Compostela
- Souto Figueroa, M.G. (2025) *Las aguas misteriosas en la Galicia interior: Ourense*. Barcelona: Real Academia Europea de Doctores
- Taboada Leal, N. (1877) *Hidrología médica de Galicia, o sea, noticia de las aguas minero-medicinales de las cuatro provincias de este antiguo reino*. Madrid: Establecimiento Tipográfico de Pedro Núñez. Disponible en: <https://bipadi.ub.edu/digital/collection/balnearis/id/128323> [Consulta: 27/07/2025]
- Van Tubergen, A y Van der Linden, S. (2002) A brief history of spa therapy. *Annals of the Rheumatic Diseases*, vol. 61, n.º 3, pp. 273-275. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/ard.61.3.273> [Consulta: 11/09/2025]
- Vilar Rodríguez, M. y Lindoso Tato, E. (2019) De la belle époque a la nueva era del turismo termal: los balnearios en España desde una perspectiva histórica (1874–2016). *Ayer*, vol. 114, n.º 2, pp. 23-64. Disponible en: <https://doi.org/10.55509/ayer/114-2019-02> [Consulta: 24/11/2025]

Etnobotánica y etnofarmacología en Andalucía: de la diversidad vegetal a su uso en medicina tradicional

Guillermo Benítez, M. Reyes González-Tejero | Dpto. de Botánica, Universidad de Granada

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6161>

RESUMEN

Andalucía constituye un territorio de extraordinaria riqueza biológica y cultural, resultado de su diversidad climática, geográfica e histórica. Esto ha favorecido el desarrollo de un amplio conocimiento tradicional sobre las plantas, que incluye su uso medicinal. Este conocimiento ha sido transmitido oralmente entre generaciones y está, por tanto, estrechamente ligado a la identidad cultural de los distintos territorios. La etnobotánica permite documentar y analizar este saber local en el contexto social donde se desarrolla, vinculando la diversidad florística con la cultural, y con sus aplicaciones medicinales; la etnofarmacología viene a validar este conocimiento tradicional y avanza hacia la búsqueda de nuevos recursos medicamentosos.

En este trabajo se revisan los principales resultados obtenidos en los distintos trabajos etnobotánicos realizados en Andalucía destacando la importancia de la fitoterapia tradicional como fuente de información que, mediante estudios interdisciplinarios que unan el conocimiento científico con el saber tradicional, permita la identificación de nuevos compuestos con potencial terapéutico, contribuyendo al desarrollo de posibles fármacos.

Finalmente, se reflexiona sobre la posibilidad de incluir de forma segura la fitoterapia tradicional en los sistemas de atención médica, así como plantear en un futuro la producción y comercialización de este tipo de recursos para favorecer un desarrollo sostenible en zonas rurales.

Palabras clave

Etnomedicina | Patrimonio cultural | Plantas medicinales | Salud | Tradición |



Sylibum marianum | foto G. Benítez

Ethnobotany and Ethnopharmacology in Andalusia: From Plant Diversity to Its Use in Traditional Medicine

ABSTRACT

Andalusia constitutes a territory of extraordinary biological and cultural richness, resulting from its climatic, geographical, and historical diversity. This has fostered the development of extensive traditional knowledge about plants, including their medicinal uses. This knowledge has been transmitted orally across generations and is therefore closely linked to the cultural identity of different regions. Ethnobotany enables the documentation and analysis of this local knowledge within its social context, linking floristic diversity with cultural diversity and its medicinal applications. Ethnopharmacology, in turn, seeks to validate this traditional knowledge and advances toward the identification of new medicinal resources.

This study reviews the main findings from various ethnobotanical research conducted in Andalusia, highlighting the importance of traditional phytotherapy as a source of information. Through interdisciplinary studies that integrate scientific knowledge with traditional wisdom, it becomes possible to identify new compounds with therapeutic potential, contributing to the development of potential pharmaceuticals.

Finally, the study reflects on the possibility of safely incorporating traditional phytotherapy into healthcare systems, as well as considering the future production and commercialization of these resources to promote sustainable development in rural areas.

Key words

Cultural heritage | Ethnomedicine | Health | Medicinal plants | Tradition |

Cómo citar: Benítez, G. y González-Tejero, M.R. (2026) Etnobotánica, y etnofarmacología en Andalucía: de la diversidad vegetal a su uso en medicina tradicional. *revista PH*, n.º 118, pp. 184-201. Disponible en: www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6133 DOI 10.33349/2026.118.6161

Enviado: 14/01/2026 | **Aceptado:** 30/03/2026 | **Publicado:** 10/06/2026

INTRODUCCIÓN

La relación entre las personas y las plantas ha sido continua y constante desde el origen de la humanidad. A lo largo del tiempo, cada comunidad se ha ido adaptando a su entorno, aprendiendo a vivir en él y a aprovechar los recursos necesarios para la alimentación, la salud, el abrigo, etc. Este proceso ha dado lugar a la generación de un cuerpo de conocimientos que identifica y distingue a cada grupo cultural. De esta forma, las plantas no solo constituyen recursos de interés medicinal o alimentario, sino que también simbolizan la identidad cultural de las comunidades y forman parte de su conocimiento tradicional. Puede decirse que las plantas sustentan la vida humana en múltiples facetas (Pironon et ál. 2024): alimentación, vestimenta, combustibles, medicina, construcción, y un largo etcétera.

Para comprender y valorar este conocimiento, principalmente en el ámbito del uso medicinal, tres disciplinas se hacen necesarias. La etnobotánica es, dentro de la ciencia botánica, la parte que estudia cómo los distintos pueblos y culturas conocen, clasifican, usan y simbolizan las plantas. Intrínsecamente relacionada con ciencias sociales como la antropología o la sociología, también en la metodología de trabajo empleada, etimológicamente está formada a partir de las raíces griegas *etno*, pueblo, y *botane*, planta. Aunque se podría decir que como objeto de estudio se remonta a la antigüedad, la palabra etnobotánica fue definida a finales del siglo XIX por un botánico de la Universidad de Pensilvania (Harshberger 1896), si bien desde entonces ha sufrido numerosas revisiones. Abarca el estudio de los usos tradicionales de las plantas en las diversas culturas humanas, desde usos medicinales, alimenticios, rituales y creencias, hasta manejos y transformaciones del paisaje, o la tecnología tradicional. Se trata de un conocimiento no exclusivamente biológico, sino cultural, transmitido de generación en generación y en su mayor parte, al menos hasta no hace mucho tiempo, de forma oral. La etnobotánica estudia y valoriza una parte del patrimonio cultural, en particular, el patrimonio cultural inmaterial, dentro de lo que se incluyen los saberes tradicionales, las prácticas sociales y rituales, las formas y estilos de vida rurales, y en general, los conocimientos y usos relacionados con la naturaleza, reconocido por la Unesco (2003) para la promoción de su salvaguarda. Estos conocimientos y prácticas sobre las plantas son una expresión viva de la historia, identidad y relación de las comunidades con su entorno natural. La etnobotánica, por tanto, es una herramienta fundamental para la conservación del patrimonio cultural inmaterial y, a la vez, puede ayudar también a la conservación de la biodiversidad.



Dolores muestra la unciana (*Dorycnium rectum*) |
foto C. Sánchez Rojas

Los estudios etnobotánicos suelen centrarse en un territorio geográfico concreto, o en un grupo cultural determinado. Hoy día no se limitan a comunicar un catálogo local de usos de plantas, sino que intentan entender cómo las personas perciben, nombran, clasifican, manejan y usan las plantas de



Carmen, informante, con manajo de zahareña (*Sideritis hirsuta*) en la mano y mejorana (*Thymus mastichina*) en la mesa | foto G. Benítez

su entorno y cómo se transmite este conocimiento. Abarca, por tanto, no solo cualquier uso de las plantas, sino también sus manejos y las posibles transformaciones del paisaje derivadas del mismo, así como la tecnología tradicional usada para la explotación de estos recursos. La metodología de investigación incluye la oportuna selección previa de informantes, la realización de entrevistas, una fehaciente asociación de la información asociada a nombres populares de plantas con especies botánicas determinadas mediante la recolecta y procesado de pliegos botánicos, y varios aspectos más (desglosados, por ejemplo, en Benítez Cruz 2009).

La etnofarmacología es una disciplina complementaria, que consiste en vincular los usos locales o tradicionales con los estudios biológicos y biomédicos y, por tanto, basa la investigación en una comprensión muy sólida de estos usos y de la importancia de las plantas en una comunidad determinada (Heinrich et ál. 2009). Esta disciplina valida científicamente los remedios tradicionales analizándolos desde una perspectiva biológica, química y farmacológica (Holmstedt 1991). Pretende conocer qué recursos naturales se usan en medicina, cómo se preparan y administran, para qué se emplean, y demostrar mediante empírica científica qué compuestos químicos y acciones farmacológicas derivadas de ellos son responsables de las supuestas virtudes medicinales.

Por último, podríamos citar a la etnomedicina, que de forma más amplia estudia los sistemas tradicionales de salud de un determinado grupo cultural, cómo entienden y perciben la salud y la enfermedad y que practicas terapéuticas utilizan. En términos generales, se refiere a las prácticas médicas



De arriba abajo: planta de romero (*Rosmarinus officinalis*); planta de manzanilla de Sierra Nevada (*Artemisia granatensis*); planta de zahareña (*Sideritis hirsuta*) y polinizador; y rizomas de gamón (*Asphodelus albus*) recién recolectados para su empleo en medicina | fotos G. Benítez

tradicionales relacionadas con la interpretación cultural de la salud, las enfermedades y los trastornos, que abordan el proceso de atención sanitaria y las prácticas curativas (Krippner y Staples 2003).

LA GRAN BIODIVERSIDAD VEGETAL DE ANDALUCÍA

Andalucía, en su conocida encrucijada geográfica entre Atlántico y Mediterráneo y dos continentes, poblada por homínidos desde al menos el paleolítico inferior (Torres et ál. 2022), aproximadamente 1,3 millones de años atrás, con una historia difícil de resumir, constituye un territorio privilegiado para el estudio de este tipo de conocimientos ya que, a una gran diversidad cultural, fruto de la diversidad de pueblos y sociedades y de sus interrelaciones, se superpone una gran diversidad biológica.

Numerosos factores geográficos, climáticos, diversidad de ambientes o ecosistemas, etc. hacen que Andalucía sea una de las regiones de mayor biodiversidad de Europa (Junta de Andalucía 2026a), tanto en número de especies presentes en su territorio, como en su originalidad, con muchas especies exclusivas o endémicas. La gran cantidad de trabajos florísticos que se han hecho en Andalucía, entre ellos la *Flora de vascular Andalucía Occidental* (Valdés, Talavera y Fernández-Galiano 1987) y la *Flora vascular de Andalucía Oriental* (Blanca et ál. 2009), permiten que tengamos un buen conocimiento de la flora andaluza y que se haya podido realizar un inventario completo que incluye un total de 4.437 taxones (4.091 especies), 462 de ellos endémicos o subendémicos (Cueto et ál. 2018). Esta gran riqueza vegetal se explica también por la gran variedad de ambientes y ecosistemas, desde las altas cumbres de Sierra Nevada, fondos de valle, lugares de una aridez extrema como los subdesiertos almerienses o, por el contrario, zonas húmedas como las marismas del Guadalquivir. Es también una zona rica en hábitats prioritarios para su conservación de acuerdo a la vigente normativa europea (76 tipos y 117 subtipos de hábitats de interés incluidos) (Junta de Andalucía 2026b). A esta diversidad ecológica y botánica, se añade una gran riqueza humana y cultural que vive estrechamente relacionada con el medio natural. Esta doble riqueza, natural y cultural, ha sido la base para el desarrollo de un conocimiento etnobotánico muy rico y diverso.

BREVE HISTORIA DEL USO DE PLANTAS MEDICINALES EN ANDALUCÍA

El uso tradicional de plantas es una parte importante también para el patrimonio histórico. Una de las líneas del estudio del uso de plantas medicinales abarca precisamente su dimensión histórica, y pretende conocer desde cuándo se usan ciertos recursos medicinales, lo que es importante para, por ejemplo, conocer la evolución histórica de la terapéutica, de la medi-

cina, el flujo de recursos entre territorios y culturas y también la evolución de la cultura tradicional.

El conocimiento sobre plantas medicinales en Andalucía no puede entenderse sin los grupos culturales que históricamente han poblado nuestro territorio. En lo referente a la trasmisión de cultura mediante textos escritos, compilaciones como las *Etimologías* de Isidoro de Sevilla (particularmente sus libros IV, XVII sobre medicina y agricultura) contienen información de gran utilidad sobre el uso de plantas en el siglo VII. Más abultada es la literatura en la materia de Al-Ándalus, conocido centro de intercambio de conocimientos. Médicos, botánicos y agrónomos como Ibn Wāfid, Ibn Bassāl (Toledo, s. XI), al-Tignarī (Granada, s. XI-XII), al-‘Awwām (Sevilla, s. XII), Averroes (Ibn Rushd, Córdoba, s. XII), al-Gafiqi (s. XII) y, sobre todo en materia de plantas medicinales, Ibn al-Baytar (Málaga, s. XII-XIII), fomentan un conocimiento científico muchas veces basado en la propia empírica local. Este último hace de su *Tratado de los Simples* una de las mayores recopilaciones de saber botánico y farmacológico medieval, multiplicando el número de recursos medicinales conocidos desde la *Materia Medica* de Dioscórides (s. I) de unos 600, a 1.400 “simples” o productos de utilidad farmacéutica (Cabo-González 2019). Hoy sabemos, contrastando el conocimiento de estas obras históricas y especialmente el compendio de al-Baytar, con el saber popular actual sobre el uso de las plantas que, pese a los cambios históricos y culturales acaecidos desde entonces, una buena proporción de los recogidos en los tratados andalusíes se ha mantenido en nuestra tradición gracias a la transmisión oral (El-Gharbaoui et ál. 2017; Benítez et ál. 2021). Gran parte del saber andalusí sobre plantas se recoge en la reciente *Flora agrícola y forestal de Al-Ándalus* (Hernández Bermejo, García-Sánchez y Carabaza Bravo 2013; García-Sánchez, Carabaza Bravo y Hernández Bermejo 2021).

Sin ánimo de ser extensos en este tema, no debemos obviar la gran revolución que se produjo tras la llegada a América y la creación de los diferentes Virreinos. El tránsito e intercambio de información y recursos fue amplio y extenso (véase, por ejemplo, Crosby 1973, o López Piñero y López Terrada 1997) y no se puede olvidar que Andalucía fue un punto de entrada para los productos americanos. Plantas de gran importancia económica fueron lentamente incorporándose a nuestra cultura, desde el tabaco (*Nicotiana tabacum*), el pimiento (*Capsicum spp.*) o la patata (*Solanum tuberosum*), hasta medicinales como la quina (*Cinchona spp.*), ipecacuana (*Carapichea ipecacuana*), la cayena (*Capsicum annuum*) o el boldo (*Peumus boldus*), entre otras muchas.

DESARROLLO HISTÓRICO DE LA ETNOBOTÁNICA

En España existen obras que permiten aproximarnos al saber etnobotánico de una determinada época. Además de los autores mencionados arriba,

N.º	Referencia	Territorio	Tipo de publicación
1	González-Tejero 1985	Güejar Sierra, Granada	Tesis de Licenciatura
2	González-Tejero 1989	Provincia de Granada	Tesis Doctoral
3	Alcántara Montiel 1990	Alto Guadalhorce, Málaga	Libro
4	Martínez-Lirola 1993	Cabo de Gata, Almería	Tesis de Licenciatura
5	Casana Martínez 1993	Sur de la provincia de Córdoba	Tesis Doctoral
6	Galán Soldevilla 1993	Norte de la provincia de Córdoba	Tesis Doctoral
7	Mesa Jiménez 1996	Sierra Mágina, Jaén	Tesis Doctoral
8	Guzmán Tirado 1997	Provincia de Jaén	Tesis Doctoral
9	Triano Muñoz y Ruiz Cabello 1998	Subbética, Córdoba	Libro
10	Velasco et ál. 1998	Campo de Gibraltar, Cádiz	Artículo
11	Velasco et ál. 2000	Los Alcornocales, Cádiz	Artículo
12	Fernández Ocaña 2000	Cazorla, Segura y las Villas, Jaén	Tesis Doctoral
13	Molina Mahedero 2001	Carcabuey, Córdoba	Tesis de Licenciatura
14	Sánchez Romero 2003	Rute, Córdoba	Tesis de Licenciatura
15	Casado Ponce 2003	Sur de la provincia de Jaén	Tesis Doctoral
16	Ortuño Moya 2004	Los Villares y Valdepeñas, Jaén	Tesis Doctoral
17	Gil Palomo y Juárez Castillo 2005	Cástaras, Granada	Libro
18	Hadjichambis et ál. 2008	Aracena, Huelva	Artículo
19	Benítez Cruz 2009	Poniente granadino	Tesis Doctoral
20	Cobo y Tijera 2011	Doñana	Libro
21	Sánchez Hernández 2011	Parque del Estrecho, Cádiz	Libro
22	López García 2015	Frigiliana, Málaga	Trabajo de Fin de Máster
23	Calleja Salido et ál. 2019	Sierra Aracena y Andévalo, Huelva	Libro
24	Sánchez Hernández 2022	Campo de Gibraltar, Cádiz	Libro
25	Velasco Román et ál. 2023	Sierra Norte de Sevilla	Libro

Principales trabajos que recopilan saber etnobotánico sobre el uso de plantas medicinales en Andalucía

obras literarias posteriores recogen referencias marginales al conocimiento y uso de las plantas, como por ejemplo *La Celestina* o *Don Quijote* (estudiado por Morales Valverde 2005 y González Mujeriego 2023). Sin embargo, el primer estudio que bajo el término etnobotánica se realiza en Andalucía se centra en el municipio granadino de Güejar Sierra (González-Tejero 1985), presentado como memoria de licenciatura que pone de manifiesto el fuerte vínculo de la población local con su entorno y saca a la luz de nuevo el aprecio y demanda de la amenazada y endémica manzanilla de la sierra (*Artemisia granatensis*), recolectada de manera furtiva, o el uso medicinal de plantas endémicas interesantes como la hierba del mayor dolor (*Draba hispanica* subsp. *laderoi*). El estudio se extiende a toda la provincia de Granada con especial atención al conocimiento sobre especies medicinales, y llega a

catalogar 241 taxones con utilización popular (González-Tejero 1989). A partir de este momento los trabajos se multiplican en toda España. En Andalucía en poco más de 10 años se realizan 5 tesis doctorales, varias memorias de licenciatura y otros trabajos de investigación, que van poniendo de relieve la importancia de este conocimiento tradicional y, especialmente, la importancia de las plantas medicinales. Como se refleja en todos estos trabajos, esta es la porción del conocimiento tradicional relativo a plantas mejor conservado, posiblemente debido a que los estudios se centran en gran parte en zonas rurales donde hasta hace relativamente poco no era fácil el acceso a la medicina oficial. En la actualidad se han realizado muchos trabajos que cubren buena parte del territorio andaluz (ver tabla página anterior) pero, no obstante, todavía queda mucho por prospectar para tener completo el mapa etnobotánico andaluz.

CONOCIMIENTO TRADICIONAL DE PLANTAS EN MEDICINA: EJEMPLOS NOTABLES Y SIMBOLISMO DE LAS PLANTAS

Fruto de la síntesis de la mayoría de estos estudios, la revisión presentada en el XI Congreso Internacional de Etnofarmacología (Universidad de Castilla-La Mancha, Albacete, 2010) listaba un total de 629 especies de uso medicinal tradicional en Andalucía (González-Tejero et ál. 2010), la mayor parte de ellas autóctonas, lo que supone cerca de la mitad de las especies con uso medicinal que se han catalogado a nivel nacional (más de 1.300 especies, Mateo-Martín et ál. 2023). Esto destaca, en línea de lo previamente comentado, además de la gran riqueza florística de Andalucía, el gran conocimiento de nuestras poblaciones rurales sobre las propiedades medicinales de las plantas.

Si se analizan las patologías tratadas con plantas medicinales, se observa que la mayoría están relacionadas con el sistema digestivo y respiratorio. Trastornos como indigestiones, dolores de estómago, gases, resfriados o afecciones bronquiales, en su mayor parte enfermedades leves o de carácter crónico que responden bien al tratamiento con plantas, se curan con infusiones, cocimientos de plantas a veces comunes o en otras ocasiones un poco más raras. También son frecuentes los remedios para el tratamiento de afecciones dérmicas, heridas, contusiones o inflamaciones que eran habituales en personas que trabajaban en el campo. Se preparaban cocimientos, ungüentos, cataplasmas, etc. que eran efectivos y curaban más o menos rápido.

Entre las familias botánicas que más especies aportan a la medicina tradicional destacan especialmente las labiadas (*Lamiaceae*) y compuestas (*Asteraceae*), muy diversificadas y frecuentes en Andalucía y, además, fácilmente reconocibles, lo que ha favorecido la transmisión del conocimiento asociado a ellas. La primera incluye plantas aromáticas con aceite esencial,

muchas veces de gran interés en farmacia y medicina, como los tomillos (*Thymus spp.*), las mentas (*Mentha spp.*) o el orégano (*Origanum virens*), que se utilizan tradicionalmente por sus propiedades sobre todo digestivas, antisépticas o balsámicas. Las especies de la familia compuestas llaman la atención por sus inflorescencias en capítulo, a menudo muy vistosas, como ocurre con el cardo mariano (*Silybum marianum*), el té de roca (*Chiliadenus glutinosus*), o la conocida manzanilla (*Matricaria chamomilla*), muy utilizadas tradicionalmente. En general son plantas recolectadas del medio natural, o cultivadas para asegurar el autoabastecimiento, lo cual nos habla de nuevo del vínculo entre la población y su entorno natural, empleando recursos frecuentes, relativamente abundantes y fácilmente accesibles.

Un ejemplo muy representativo y estrechamente ligado a la cultura popular andaluza es el romero (*Rosmarinus officinalis*). En el ámbito de su uso medicinal se considera una verdadera panacea vegetal y puede formar parte de remedios para aliviar un resfriado, una mala digestión, curar una contusión, o en otros más específicos para el tratamiento de trastornos circulatorios o metabólicos como el colesterol o la hiperglucemia, o de afecciones dérmicas. Es también frecuente en preparados cosméticos para combatir la caída del cabello. En la cocina es imprescindible condimento de muchos guisos, y fundamental en el aliño de las aceitunas. Además, con romero se realizan varios rituales de sanación, dado que tiene carácter apotropaico, siendo capaz de atraer cosas buenas, positivas y alejar las malas, como refleja el dicho *romero, romero, que salga lo malo y entre lo bueno*. Así, interviene en prácticas relacionadas con la adivinación de la buenaventura (es habitual ver mujeres que ofrecen una ramita de romero para leer la mano y dar buena suerte en la puerta de la catedral de Granada), o la atracción de suerte o fortuna (por ejemplo, se ha usado poniendo una ramita en el ojal de la chaqueta del novio en las bodas). En relación con esto, no debemos dejar de mencionar que en la tradición cristiana es una planta consagrada a la Virgen María.

Thymus zygis, Sierra de Baza (Granada)

Chiliadenus glutinosus, té de roca

Sideritis osteoxylla, Cabo de Gata (Almería) | fotos G. Benítez

De un modo similar, podríamos citar al olivo (*Olea europaea*), propio del paisaje andaluz, que en la fitoterapia popular también se ha considerado



una panacea y se ha usado para el tratamiento de afecciones de salud muy diversas, desde intoxicaciones y envenenamientos, afecciones metabólicas, dermatológicas, genitourinarias, etc., debido a que se usan hojas, aceitunas, y, sobre todo, el aceite. Seguramente más de un lector puede recordar a su madre, padre o abuelos echando mano de la aceitera para usarlo en el tratamiento de alguna afección leve de salud. Como en otros lugares del mediterráneo, es también una planta simbólica en distintas tradiciones religiosas. En Andalucía simboliza el trabajo, el esfuerzo y por supuesto la prosperidad, como decía Machado en su poema *Los olivos* (1912): "Olivar, por cien caminos, tus olivitas irán caminando a cien molinos. Ya darán trabajo en las alquerías a gañanes y braceros...".

Además de usos frecuentes de plantas comunes y bien conocidas no son raros usos más locales, bien porque se usan plantas de áreas pequeñas de distribución, bien porque se dan usos específicos de una determinada región a plantas de amplia distribución. Un ejemplo es el uso de las llamadas zahareñas o garranchuelos, distintas especies del género *Sideritis* (nombre derivado del griego *sideros*, hierro, porque ya entonces eran usadas para tratar las heridas de armas de guerra de este metal), cuyo uso cicatrizante ya quedó recogido en la *Materia Medica* de Dioscórides y que son usadas en Andalucía desde tiempos ancestrales para curar heridas y ayudar en el tratamiento de úlceras gástricas. Si bien una especie frecuente y de amplia distribución predomina en su uso medicinal (*Sideritis hirsuta*), en cada territorio se usan las especies locales del género, lo que incluye varias endémicas de los Parques Naturales del Cabo de Gata (*Sideritis osteoxyla*), Cazorra (*Sideritis laxespicata*) o el Estrecho (*Sideritis arborescens* subsp. *perez-larae*), entre muchas otras (Molero Mesa y González Tejero 2006).

Varios de los numerosos endemismos de las cumbres de Sierra Nevada tienen usos medicinales, como la propia zahareña de esta sierra (*Sideritis glacialis*), la piel de león (*Artemisia tetraquetra* subsp. *amabilis*) usada contra las afecciones renales, o el zuzón (*Senecio nebrodensis*), cuyas hojas frescas se aplican sobre heridas. Sin embargo, el caso más conocido y

Origanum virens, orégano

Thymus vulgaris, tomillo común en Madrid

Matricaria chamomilla, manzanilla en cultivo | fotos G. Benítez



polémico quizá sea el de la manzanilla de Sierra Nevada (*Artemisia granatensis*), usada desde época andalusí contra afecciones estomacales (Molero Mesa, González-tejero y Benítez 2014), pero que también ha sido una de las primeras especies vegetales protegidas por ley en nuestro país (1979, Convenio de Berna relativo a la Conservación de la Vida Silvestre y del Medio Natural en Europa, y recogida en el Decreto 23/2012, de 14 de febrero, por el que se regula la conservación y el uso sostenible de la flora y la fauna silvestres y sus hábitats), amenazada con categoría de “en peligro crítico”, y que se ha declarado una de las plantas medicinales más amenazada de Europa (Allen et ál. 2014).

A nivel nacional, un nutrido grupo de investigadores lleva años realizando el *Inventario Español de los Conocimientos Tradicionales Relativos a la Biodiversidad* (Pardo de Santayana et ál. 2014, 2018a, 2018b, 2018c; Tardío et ál. 2018, 2022). Estas publicaciones son revisiones, presentadas como fichas por especies o ecosistemas, y recogen los saberes tradicionales de estos recursos, silvestres o cultivados, a nivel nacional, siempre basados en los relatos de nuestras personas mayores, con una metodología bien definida y estandarizada (Pardo de Santayana et ál. 2014, 15-17). Fruto de los proyectos en los que se enmarcó el citado inventario se desarrolló una base de datos de especies y usos tradicionales, que a nivel nacional recopila el uso tradicional en medicina de 1.376 especies, casi una cuarta parte del total de especies autóctonas (Mateo-Martín et ál. 2023). Desde un punto de vista de la conservación del medio natural, se ha concluido que el uso familiar y doméstico de las plantas medicinales españolas no parece tener incidencias sobre la conservación de los propios recursos (Mateo-Martín et ál. 2023), aunque con notables excepciones. Quizá la más notoria es el mencionado caso de la afamada manzanilla de Sierra Nevada.

Además del estudio de la fitoterapia tradicional, otro de los focos de estudio de la etnobotánica son las plantas silvestres recolectadas para alimentación; y muchas de ellas se consumen también persiguiendo un beneficio de salud. Esta relación entre el consumo de plantas silvestres como alimento y los posibles efectos beneficiosos para la salud ha sido parcialmente estudiado (Benítez, Molero-Mesa y González-Tejero 2017). Como ejemplo podemos citar el caso bien conocido de añadir especies de acción carminativa en las recetas de legumbres, como laurel (*Laurus nobilis*), hinojo (*Foeniculum vulgare*) o comino (*Cuminum cyminum*), para mitigar la típica formación de flatulencias que ocasionan las legumbres, a la vez que aportan su característico sabor. Pero también otros menos extendidos como el consumo de bellotas de encina (*Quercus rotundifolia*) cuando se padece diarrea (los taninos de las bellotas son un buen antidiarreico), o añadir romero o tomillo (de propiedades antimicrobianas bien conocidas) a sopas de invierno que se toman cuando se padece resfriado. Aunque todos

conocemos y hemos comido frutos silvestres como zarzamoras (*Rubus ulmifolius*) o majoletas (*Crataegus monogyna*, *C. granatensis*), o verduras silvestres como collejas (*Silene vulgaris*) o cardillos o tagarninas (*Scolymus hispanicus*), una revisión reciente a nivel autonómico asciende a 336 las especies silvestres que se han recolectado para su uso en alimentación (Benítez, Molero-Mesa y González Tejero 2023). Muchos de estos recursos no son conocidos desde el punto de vista de la bromatología y farmacología, qué compuestos nutricionales o activos se incorporan cuando son consumidos.

FITOTERAPIA TRADICIONAL, OFICIAL, E INTEGRACIÓN DE LA ETNOFARMACOLOGÍA CON EL SISTEMA DE SALUD

La fitoterapia es el tratamiento de afecciones de salud con plantas medicinales. Hoy día, la fitoterapia oficial es una disciplina con una buena base científica, que se estudia en la mayoría de programas de estudios en Farmacia, y que avala el uso de ciertas especies bien estudiadas desde los puntos de vista farmacológico, toxicológico y de uso terapéutico, que se ponen a disposición del público en farmacias y herbolarios. Las especies medicinales officinales son aquellas recogidas en la *Real Farmacopea Española* y la *Farmacopea Europea*. En su novena edición se recogen tan solo 219 monografías, que aluden a agregados de especies dado que en muchas monografías se incluyen diversas especies del mismo género, como en la de la corteza de sauce (Martins et ál. 2019). Otras obras de referencia en esta materia, como el *Vademécum de Fitoterapia* (Vanaclocha y Cañigüeral 2019), llegan a incluir 254 plantas, si bien el número asciende a cerca de 500 en su versión *online*. La fitoterapia es una disciplina en auge, tanto en número de consumidores como en aspectos de mercado (Blanché 2005).

Por otro lado, hablamos de fitoterapia tradicional cuando nos referimos al uso de plantas medicinales desde la cultura popular. Esta terapéutica utiliza generalmente especies diferentes, muchas veces recolectadas del medio natural y no compradas en establecimientos, para tratar un elenco amplio de afecciones de salud. Como venimos comentando, estas prácticas son una parte del patrimonio cultural de Andalucía desde tiempos ancestrales. Aunque mucha de la información sobre uso y especies de la fitoterapia oficial y de la tradicional coinciden, también hay muchos elementos diferenciadores. Conocer estos recursos populares o tradicionales no solo es importante desde el punto de vista etnobotánico, sino también por ser una fuente potencial de recursos valiosa para la medicina y la salud pública. Nos permite identificar especies que pueden ser interesantes desde el punto de vista de sus propiedades antiinflamatorias, digestivas, hepatoprotectoras, tranquilizantes, etc., e investigar sus principios activos y acciones farmacológicas para la posible obtención futura de fármacos.



Informante recolectando rizomas de gamón (*Asphodelus albus*), para su empleo en medicina



Manojos de manzanilla (*Matricaria chamomilla*) secando



Manojos de planta medicinal secando | fotos G. Benítez



Charlando con Manuel y su nieto (Órgiva, Granada)



Realizando entrevistas grupales en la Alpujarra



Entrevista con un informante de Mecinilla (Granada)
| fotos M.R. González-Tejero

Cierto es que puede considerarse entonces una situación paradójica en el sentido de la existencia de dos ramas del saber, una tecnocientífica que dispensa remedios avalados por la química, farmacología y medicina, y otra basada en la tradición y esta, en buena parte, en la eficacia empírica de lo transmitido. Sin embargo, se ha podido ver cómo ambas líneas se han retroalimentado a lo largo del tiempo (Leonti 2011; Rivera et ál. 2017), y es seguro que así seguirá ocurriendo.

La inclusión de la fitoterapia tradicional en los sistemas de atención médica puede, en primer lugar, ayudar a reducir el consumo de fármacos sintéticos favoreciendo un estilo de vida más saludable y por tanto a reducir los costos de la sanidad pública, sobre todo en el caso de enfermedades leves o moderadas, muchas veces de tipo crónico, que responden bien al tratamiento con plantas que, en la mayor parte de los casos, tienen pocos efectos secundarios y resultan más baratas que los medicamentos de síntesis. No quiere decir esto que las plantas no tengan efectos secundarios o incompatibilidades, como cualquier otro tipo de medicamento las plantas deben utilizarse bajo control de profesionales sanitarios con formación en fitoterapia que conozcan el historial médico del paciente y que oriente de manera segura.

Sin embargo, no es posible, ni por supuesto seguro, que todas estas especies utilizadas en medicina popular formen parte de un catálogo terapéutico más o menos oficial y accesible para cualquier usuario. Es absolutamente necesario relacionar el conocimiento tradicional con estudios científicos que confirmen la eficacia y la seguridad de los preparados con plantas con estudios etnofarmacológicos. Las investigaciones químicas y farmacológicas han validado las propiedades de muchas plantas utilizadas tradicionalmente. Buen ejemplo son las mencionadas zahareñas o garranchuelos: estudios realizados en la década de los 80 (Máñez et ál. 1986, Yeslada y Ezer 1989, etc.) confirman la presencia de compuestos de tipo flavónico (sideritoflavonas) que proporcionan efectos antiinflamatorios y cicatrizantes. Otros buenos ejemplos de estudios sobre distintas especies de los géneros *Phlomis* (Algieri et ál. 2013), *Lavandula* (Algieri et ál. 2016, Molina-Tijeras et ál. 2023) o *Salvia* (Veza et ál. 2023) confirman las propiedades antioxidantes y antiinflamatorias por las que en muchas ocasiones se han utilizado en la terapia popular. Este tipo de trabajos confirman la importancia de este conocimiento como fuente potencial de recursos con interés farmacéutico y terapéutico.

Hoy día, podemos decir que el nivel de conocimiento de los recursos medicinales que son recolectados del medio natural es, en general, suficientemente bueno como avanzar en su difusión, explotación y empleo, y pasar a niveles superiores respecto a su difusión, explotación y empleo por parte, incluso, del sistema nacional de salud. En otros países existen programas que favorecen la incorporación de estos recursos en la atención sanitaria (por ejemplo, en China o Brasil, Xu y Yang 2009, Franco de Sá et ál. 2019).

Nos referimos siempre al tratamiento de afecciones menores y, generalmente, estacionales de salud, como afecciones respiratorias, estomacales, dermatológicas, etc. Porque, si bien hay plantas que han provisto a la industria farmacéutica de compuestos para afecciones graves, desde patologías cardiovasculares a enfermedades tumorales, no suelen utilizarse en remedios caseros. Por ejemplo, podemos citar los conocidos taxol, obtenido a partir de los tejos, *Taxus* spp. o vincristina, obtenida a partir de la vinca per-vinca de Madagascar, *Catharanthus roseus*).

Debemos mencionar que, además de las especies usadas de forma tradicional en Andalucía, una buena parte de ellas son especies reconocidas como medicinales y avaladas para su venta en farmacias, por tanto, reconocidas en las Farmacopeas Española y Europea, donde se incluyen plantas cultivadas no silvestres, pero de amplio uso, como por ejemplo el té (*Camellia sinensis*), la valeriana (*Valeriana officinalis*) o el boldo (*Peumus boldus*), y otras tan conocidas y usadas como el tomillo aceitunero (*Thymus zygis*), la manzanilla (*Matricaria chamomilla*) o el cardo mariano (*Silybum marianum*).

CONCLUSIONES

Andalucía, con su diversidad biológica, paisajística y cultural, constituye un lugar privilegiado donde el conocimiento y empleo de las plantas medicinales sigue vivo, aunque con un alto riesgo de pérdida por distintos factores. Es necesario recuperar, documentar y valorar este saber tradicional que constituye una parte muy valiosa de nuestro patrimonio cultural e histórico, pero que además abre un campo de trabajo donde la tradición y la ciencia unidas pueden ayudar a obtener en un futuro importantes recursos para la medicina y la farmacia.

Habida cuenta del auge en la demanda de fitoterapia, del estado de conocimiento farmacológico de muchas plantas de uso tradicional, y de las necesarias políticas que promueven la economía local y circular, y la explotación sostenible de los recursos, creemos que las plantas medicinales de nuestra tradición podrían ser también mejor explotadas desde el punto de vista económico, lo cual ayudaría a la conservación de su conocimiento y uso, en los casos en que estos queden estudiados y avalados científicamente. Promover de este modo la salud es también apuntar hacia una mayor prevención y un mejor tratamiento, en muchos casos, disminuyendo el consumo de fármacos sintéticos, a la vez que se fomenta un mejor desarrollo económico en zonas rurales gracias a las posibles industrias de obtención y transformación.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcántara Montiel, J.F. (1990) *La medicina popular en la comarca del Alto Guadalhorce*. Málaga: Diputación Provincial de Málaga
- Algieri, F., Rodríguez-Nogales, A., Vezza, T., Garrido-Mesa, J., Garrido-Mesa, N., Utrilla, M.P. y Galvez, J. (2016) Anti-inflammatory activity of hydroalcoholic extracts of *Lavandula dentata* L. and *Lavandula stoechas* L. *Journal of ethnopharmacology*, 190, pp. 142-158
- Algieri, F., Zorrilla, P., Rodríguez-Nogales, A., Garrido-Mesa, N., Banuelos, O., González-Tejero, M.R. y Galvez, J. (2013) Intestinal anti-inflammatory activity of hydroalcoholic extracts of *Phlomis purpurea* L. and *Phlomis lychnitis* L. in the trinitrobenzenesulphonic acid model of rat colitis. *Journal of ethnopharmacology*, 146(3), pp. 750-759
- Allen, D., Bilz, M., Leaman, D.J., Miller, R.M., Timoshyna, A. y Window, J. (2014) *European Red List of Medicinal Plants*. Luxembourg: Publications Office of the European Union
- Benítez Cruz, G. (2009) *Etnobotánica y etnobiología del Poniente Granadino*. Granada: Universidad de Granada
- Benítez, G., El-Gharbaoui, A., Redouan, F.Z., González-Tejero, M.R., Molero-Mesa, J. y Merzouki, A. (2021) Cross-cultural and historical traceability of ethnomedicinal Asteraceae. Eastern Morocco and Eastern Andalusia: Two sides of a sea in 20 centuries of history. *South African Journal of Botany*, 139, pp. 478-493
- Benítez, G., Molero-Mesa, J. y González-Tejero, M. (2017) Gathering an edible wild plant: food or medicine? A case study on wild edibles and functional foods in Granada, Spain. *Acta Societatis Botanicorum Poloniae*, 86(3). DOI: <https://doi.org/10.5586/asbp.3550>
- Benítez, G., Molero-Mesa, J. y González-Tejero, M.R. (2023) Wild Edible Plants of Andalusia: Traditional Uses and Potential of Eating Wild in a Highly Diverse Region. *Plants*, 12(6). DOI: <https://doi.org/10.3390/plants12061218>
- Blanca, G., Cabezudo, B., Cueto, M., Fernández López, C. y Morales, C. (2009) *Flora vascular de Andalucía Oriental*. Sevilla: Consejería de Medio Ambiente, Junta de Andalucía
- Blanché, C. (2005) Situación actual del sector de las plantas medicinales en España. *Revista española de anesthesiología y reanimación*, 52(8), pp. 451-452
- Cabo-González, A. M. (2019) El Kitāb Mīzān al-Ṭabīb de Ibn al-Bayṭār. Descripción del único manuscrito conservado y contenido de la obra. *Folia Orientalia*, 56, pp. 95-112
- Calleja Salido, D., Fernández Moya, C. y Gonsalvez García, M. (2019) *El sentido de las plantas. Guía etnobotánica de la Sierra y el Andévalo*. Minas de Aguas Teñidas S.A.U.
- Casado Ponce, D. (2004) *Revisión de la Flora y Etnobotánica de la Campiña de Jaén (del Guadalbullón a la Cuenca del Salado de Porcuna)*. Tesis doctoral, Universidad de Jaén
- Casana Martínez, E. (1993) *El patrimonio etnobotánico en la provincia de Córdoba: Campiña, Subbética y Vega del Guadalquivir*. Tesis doctoral, Universidad de Córdoba
- Cobo López, M.P. y Tijera Jiménez, R.E. (2011) *Etnobotánica de Doñana. Castilleja de la Cuesta*. Sevilla: Mancomunidad de Desarrollo y Fomento del Aljarafe
- Crosby, A.W. (1973) *The Columbian Exchange: Biological and Cultural Consequences of 1492*. Westport, Connecticut: Praeger
- Cueto, M., Melendo, M., Giménez, E., Fuentes, J., Carrique, E.L. y Blanca, G. (2018) First Updated Checklist of the Vascular Flora of Andalusia (S of Spain), one of the Main Biodiversity Centres in the Mediterranean Basin. *Phytotaxa*, 339, pp. 1-95
- El-Gharbaoui, A., Benítez, G., González-Tejero, M. R., Molero-Mesa, J. y Merzouki, A. (2017) Comparison of Lamiaceae medicinal uses in eastern Morocco and eastern Andalusia and in Ibn al-Baytar's Compendium of Simple Medicaments (13th century CE). *Journal of ethnopharmacology*, 202, pp. 208-224
- Fernández Ocaña, A.M. (2000) *Estudio etnobotánico en el Parque Natural de las Sierras de Cazorla, Segura y Las Villas. Investigación química de un grupo de especies interesantes*. Tesis doctoral, Universidad de Jaén
- Franco de Sá, R., Nogueira, J. y De Almeida Guerra, V. (2019) Traditional and complementary medicine as health promotion technology in Brazil. *Health Promotion International* 34 (Supplement 1), i74-i81
- Galán Soldevilla, R. (1993) *El patrimonio etnobotánico en la provincia de Córdoba: Pedroches, Sierra norte y Vega del Guadalquivir*. Tesis doctoral. Universidad de Córdoba
- García-Sánchez, E., Carabaza Bravo, J.M. y Hernández Bermejo, J.E. (2021) *Flora agrícola y forestal de Al-Andalus. Vol. II: Especies leñosas*. Madrid: Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente
- Gil Palomo, C. y Juárez Castillo, J.M. (2005) *Sobre las Plantas Silvestres de Cástaras. Usos y Costumbres Tradicionales en un Lugar de la Alpujarra*. Jaén: Ediciones RaRo
- González Mujeriego, J.M. (2023) *La Botica del Quijote. Curas y Remedios en la época de Cervantes*. Autoedición
- González-Tejero, M.R. (1985) *Investigaciones etnobotánicas en Güejar Sierra*. Tesis de licenciatura inédita, Universidad de Granada

- González-Tejero, M.R. (1989) Investigaciones etnobotánicas en la provincia de Granada. Tesis doctoral, Universidad de Granada
- González-Tejero, M.R., Casares-Porcel, M., Sánchez-Rojas, C.P., Ramiro-Gutiérrez, J.M., Molero-Mesa, J., Pieroni, A., Giusti, M.E., Censorii, E., de Pasquale, C., Della, A., Paraskeva-Hadjichambi, D., Hadjichambis, A., Houmani, Z., El-Demerdash, M., El-Zayat, M., Hmamouchi, M. y El-Johrig, S. (2008) Medicinal plants in the Mediterranean area: synthesis of the results of the project RUBIA. *Journal of Ethnopharmacology*, 116, pp. 341-357
- González-Tejero, M.R., Molero Mesa, J., Benítez, G., Velasco, R. y Vilches J. (2010) Traditional andalusian phytotherapy: synthesis and comparative analysis between eastern and western Andalusia. *Revista de Fitoterapia*, S1, 105
- Guzmán Tirado, M.A. (1997) *Aproximación a la etnobotánica de la provincia de Jaén*. Tesis doctoral, Universidad de Granada
- Harshberger, J.W. (1896) The purposes of ethnobotany. *Botanical gazette*, 21(3), pp. 146-154
- Heinrich, M., Edwards, S., Moerman, D.E. y Leonti, M. (2009) Ethnopharmacological field studies: a critical assessment of their conceptual basis and methods. *Journal of ethnopharmacology*, 124(1), pp. 1-17
- Hernández Bermejo, J.E., García-Sánchez, E. y Carabaza Bravo, J.M. (2013) *Flora agrícola y forestal de Al-Andalus. Volumen I. Monocotiledóneas: cereales, bulbosas y palmeras*. Madrid: Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente
- Holmstedt, B. (1991) Historical perspective and future of ethnopharmacology. *Journal of Ethnopharmacology*, 32, pp. 7-24
- Junta de Andalucía (2026a) *Flora y Fauna*. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/temas/medio-ambiente/recursos/flora-fauna.html> [Consulta: 25/01/2026]
- Junta de Andalucía (2026b) *Caracterización de los Hábitats de Interés Comunitario terrestres*. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/medioambiente/portal/areas-tematicas/biodiversidad-y-vegetacion/habitats/informacion-referencia-habitats-interes-comunitario-terrestres-irhica> [Consulta: 25/01/2026]
- Krippner, R. y Staples, J. (2003) Suspected allergy to artemether-lumefantrine treatment of malaria. *Journal of Travel Medicine*, 10(5), pp. 303-305
- Leonti, M. (2011) The future is written: Impact of scripts on the cognition, selection, knowledge and transmission of medicinal plant use and its implications for ethnobotany and ethnopharmacology. *Journal of Ethnopharmacology*, 134(3), pp. 542-555
- López García, S. (2015) *Etnobotánica Medicinal del Municipio de Frigiliana. Parque Natural de las Sierras de Tejeda, Almijara y Alhama*. Trabajo Fin de Master inédito, Universidad Autónoma de Madrid
- López Piñero, J.M. y López Terrada, M.L. (1997) *La influencia española en la introducción en Europa de las plantas americanas (1463-1623)*. València: Instituto de estudios documentales e históricos sobre la ciencia, Universitat de València, CSIC. (Cuadernos Valencianos de Historia de la Medicina y de la Ciencia, 53, serie A, monografías)
- Machado, A. (1912) *Campos de Castilla*. Madrid: Renacimiento
- Máñez, S., Domínguez, A.B., Barberán, F.A.T. y Villar, A. (1986) Flavone glycosides of *Sideritis incana*. *Planta médica*, 52(06), pp. 525-525
- Martínez-Lirola, M.J. (1993) *Investigaciones Etnobotánicas en el Parque Natural de Cabo de Gata-Níjar (Almería)*. Tesis de licenciatura inédita, Universidad de Granada
- Martins, D.T.O., Rodrigues, E., Casu, L., Benítez, G. y Leonti, M. (2019) The historical development of pharmacopoeias and the inclusion of exotic herbal drugs with a focus on Europe and Brazil. *Journal of ethnopharmacology*, 240, 111891
- Mateo-Martín, J., Benítez, G., Gras, A., Molina, M., Reyes-García, V., Tardío, J., Verde, A. y Pardo-de-Santayana, M. (2023) Cultural importance, availability and conservation status of Spanish wild medicinal plants: Implications for sustainability. *People and Nature*, 5(5), pp. 1512-1525
- Molero Mesa, J. y González Tejero, M.R. (dir.) (2006) *Inventario y cartografía de los recursos etnobotánicos de Andalucía. Manual de Gestión*. Informe técnico. Junta de Andalucía. Disponible en: https://portalrediam.cica.es/recursosVisor/pdfs/aplicacionVegetacion/ETNO/0_Memoria_Final_Inv_Rec_Etnobot.pdf [Consulta: 25/01/2026]
- Molero-Mesa, J., González-Tejero, M.R. y Benítez, G. (2014) *Artemisia granatensis* Boiss. En: *Inventario español de los conocimientos tradicionales relativos a la biodiversidad*. Madrid: Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente, pp. 123-125
- Molina Mahedero, N. (2001) *Estudio de la flora de Interés etnobotánico en el municipio de Carcabuey (Córdoba)*. Trabajo fin de carrera inédito, Universidad de Córdoba
- Molina-Tijeras, J.A., Ruiz-Malagón, A.J., Hidalgo-García, L., Díez-Echave, P., Rodríguez-Sojo, M.J., Cádiz-

Gurrea, M.L., Segura-Carretero, A., Del Palacio, J.P., González-Tejero, M.R., Rodríguez-Cabezas, M.E., Gálvez, J., Rodríguez-Nogales, A., Vezza, T., Algieri, F. (2023) The Antioxidant Properties of Lavandula multifida Extract Contribute to Its Beneficial Effects in High-Fat Diet-Induced Obesity in Mice. *Antioxidants* 12(4), 832

- Morales Valverde, R. (2005) *Flora literaria del Quijote, alusiones al mundo vegetal en las obras completas de Cervantes*. Albacete: Instituto de Estudios Albacetenses "Don Juan Manuel", Diputación de Albacete

- Ortuño Moya, I. (2003) *Etnobotánica de los Villares y Valdepeñas de Jaén (Sur de la Península Ibérica)*. Tesis doctoral, Universidad de Jaén

- Pardo de Santayana, M., Morales, R., Aceituno, L. y Molina, M. (ed.) (2014) *Inventario español de los conocimientos tradicionales relativos a la biodiversidad*. Madrid: Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente

- Pardo de Santayana, M., Morales, R., Tardío, J., Aceituno-Mata, L. y Molina, M. (ed.) (2018b) *Inventario español de los conocimientos tradicionales relativos a la biodiversidad*. Fase II (Tomo 2). Madrid: Ministerio de Agricultura y Pesca, Alimentación y Medio Ambiente

- Pardo de Santayana, M., Morales, R., Tardío, J., Aceituno-Mata, L. y Molina, M. (ed.) (2018c) *Inventario español de los conocimientos tradicionales relativos a la biodiversidad*. Fase II (Tomo 3). Madrid: Ministerio de Agricultura y Pesca, Alimentación y Medio Ambiente

- Pardo de Santayana, M., Morales, R., Tardío, J. y Molina, M. (ed.) (2018a) *Inventario español de los conocimientos tradicionales relativos a la biodiversidad*. Fase II (Tomo 1). Madrid: Ministerio de Agricultura y Pesca, Alimentación y Medio Ambiente

- Pironon, S., Ondo, I., Diazgranados, M., Allkin, R., Baquero, A. C., Cámara-Leret, R., Canteiro C., Dennehy-Carr, Z., Govaerts, R., Hargreaves, S., Hudson, A.J., Lemmens, R., Milliken, W., Nesbitt, M., Patmore, K., Schmelzer, G., Turner, R.M., Andel, T.R. van, Ulian, T., Antonelli, A. y Willis, K.J. (2024) The global distribution of plants used by humans. *Science*, 383(6680), pp. 293-297

- Rivera, D., Verde, A., Obón, C., Alcaraz, F., Moreno, C., Egea, T., fajardo, J., Palazón, J.A., Valdés, A., Signirini, M.A. y Bruschi, P. (2017) Is there nothing new under the sun? The influence of herbals and pharmacopoeias on ethnobotanical traditions in Albacete (Spain). *Journal of Ethnopharmacology*, 195, pp. 96-117

- Sánchez Hernández, J. (2011) *Guía etnobotánica del Parque Natural del Estrecho*. Sevilla: Agencia del Medio Ambiente y el Agua de Andalucía

- Sánchez Hernández, J. (2022) *Guía etnobotánica del Campo de Gibraltar*. Autoedición

- Sánchez Romero, M.J. (2003) *Estudio de la flora de Interés Etnobotánico en el Municipio de Rute (Córdoba)*. Trabajo Fin de Carrera inédito, Universidad de Córdoba

- Tardío, J., Pardo de Santayana, M., Lázaro, A., Aceituno, L. y Molina, M. (ed.) (2022) *Inventario español de los conocimientos tradicionales relativos a la biodiversidad agrícola*. Volumen 2: fichas. Madrid: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación

- Tardío, J., Pardo de Santayana, M., Morales, R., Molina, M. y Aceituno, L. (ed.) (2018) *Inventario español de los conocimientos tradicionales relativos a la biodiversidad agrícola*. Volumen 1. Madrid: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación

- Torres, J. M., Borja, C., Gibert, L., Ribot, F. y Olivares, E.G. (2022) Twentieth-Century Paleoproteomics: Lessons from Venta Micena Fossils. *Biology*, 11(8), 1184

- Triano Muñoz, E. y Ruiz Cabello, E. (coord.) (1998) *Recupera tus tradiciones. Etnobotánica del Subbético Cordobés. Taller de Etnobotánica*. Carcabuey: Ayuntamiento de Carcabuey

- UNESCO (2003) *El texto de la Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial*. Disponible en: <https://ich.unesco.org/es/convenci%C3%B3n> [Consulta: 25/01/2026]

- Valdés, B., Talavera, S. y Fernández-Galiano, E. (1987) *Flora Vascular de Andalucía Oriental*. 3 vol. Barcelona: Ketres

- Vanaclocha, B. y Cañigual, S. (ed.) (2019) *Fitoterapia, Vademécum de prescripción*. 5ª ed. Barcelona: Elsevier

- Velasco Román, R., Mellado Jiménez, S., Castaño Torres, V. y Pérez de Guzmán Puya, R. (2023) *Guía etnobotánica del Parque Natural Sierra Norte de Sevilla*. Sevilla: Consejería de Sostenibilidad, Medio Ambiente y Economía Azul

- Velasco, C., Nieto Caldera, J.M., Conde Álvarez, R.M., Gil, Y., Navas Fernández, P. y Silva, T. (1998) Una prospección etnobotánica en el Campo de Gibraltar. *Almoraima: revista de estudios campogibraltareses*, 19, pp. 131-142

- Velasco, C., Nieto Caldera, J.M., Fernández, C., Silva, T., Arrebola, M.A., Sánchez, L.F., Mariscal Rivera, D. y García, I. (2000) Avance del catálogo etnobotánico y etnomicológico del Parque Natural de los Alcornocales. *Almoraima: revista de estudios campogibraltareses*, 23, pp. 165-182

- Vezza, T., Molina-Tijeras, J.A., Rodríguez-Nogales, A., Garrido-Mesa, J., Cadiz-Gurrea, M.L., Segura-Carretero,

A., González-Tejero, M.R., Rodríguez-Cabezas, M.L., Gálvez, j. y Algieri, F. (2023) The antioxidant properties of *Salvia verbenaca* extract contribute to its intestinal Antiinflammatory effects in experimental colitis in rats. *Antioxidants*, 12(12), 2071

- Xu, J. y Yang, Y. (2009) Traditional Chinese medicine in the Chinese health care system. *Health policy*, 90(2-3), pp. 133-139
- Yeşlada, E. y Ezer, N. (1989) The antiinflammatory activity of some *Sideritis* species growing in Turkey. *International Journal of Crude Drug Research*, 27(1), pp. 38-40

Patrimonio alimentario, dietética y salud: el caso del refranero

Jesús Contreras Hernández | Departament d'Antropologia Social, Universitat de Barcelona

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6147>

RESUMEN

El artículo analiza el refranero como una manifestación del patrimonio cultural inmaterial que articula saberes tradicionales sobre alimentación y salud. El objetivo principal es evaluar la vigencia de estos conocimientos populares frente a los modelos contemporáneos “nutricionalizados”, caracterizados por un lenguaje bioquímico complejo y la descontextualización cultural del acto alimentario. Los refranes considerados permiten examinar diferentes tipos y de recomendaciones dietéticas explícitas o implícitas, así como valoraciones agronómicas y normas de comensalidad y convivialidad que tradicionalmente han regido los comportamientos alimentarios. El artículo pone de manifiesto que, si bien la ciencia nutricional ofrece una mayor precisión en el análisis de componentes químicos, su eficacia comunicativa hacia la ciudadanía es limitada en comparación con el lenguaje conciso, inteligible y directo del refranero. Asimismo, se identifica una ruptura de la relación física del ser humano con su entorno debido a la industrialización alimentaria y el alejamiento del consumidor del conocimiento de aquello que come, evidenciando una distancia enorme entre el conocimiento de los expertos y el saber popular. Como conclusión, se plantea la necesidad de integrar la cultura alimentaria y los estilos de vida en las políticas de salud pública, trascendiendo la visión meramente nutricional ya que el comer es un fenómeno social y simbólico donde la convivialidad y el patrimonio oral son pilares tan determinantes para el bienestar como la propia ingesta de nutrientes.

Palabras clave

Alimentación | Bienestar | Conocimiento popular | Dietética | Medios de comunicación | Nutrición | Patrimonio cultural inmaterial | Patrimonio oral | Publicidad | Refranero | Refranes | Salud |



Alimentación saludable | foto www.marketeeringgroup.com

Food Heritage, Dietetics and Health: The Case of Proverbs

ABSTRACT

This article analyzes proverbs as a manifestation of intangible cultural heritage that articulates traditional knowledge about food and health. The main objective is to evaluate the relevance of this popular knowledge in the face of contemporary “nutritionalized” models, characterized by complex biochemical language and the cultural decontextualization of eating. The proverbs considered allow for the examination of different types and considerations of explicit or implicit dietary recommendations, as well as agronomic assessments and norms of commensality and conviviality that have traditionally governed eating behaviors. The article highlights that, while nutritional science offers greater precision in the analysis of chemical components, its communicative effectiveness with the public is limited compared to the concise, intelligible, and direct language of proverbs. Furthermore, it identifies a breakdown in the physical relationship between human beings and their environment due to food industrialization and the consumer’s alienation from knowledge of what they eat, revealing a vast gap between expert knowledge and popular wisdom. In conclusion, the need to integrate food culture and lifestyles into public health policies is raised, transcending the merely nutritional vision since eating is a social and symbolic phenomenon where conviviality and oral heritage are pillars as crucial to well-being as the intake of nutrients themselves.

Key words

Food | Well-being | Folk knowledge | Dietetics | Media | Nutrition | Intangible cultural heritage | Oral heritage | Advertising | Proverbs | Sayings | Health |

Cómo citar: Contreras Hernández, J. (2026) Patrimonio alimentario, dietética y salud: el caso del refranero. *revista PH*, n.º 118, pp. 202-223. Disponible en: www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6147 DOI 10.33349/2026.118.6147

Enviado: 02/02/0000 | **Aceptado:** 30/03/2026 | **Publicado:** 10/06/2026

CONSIDERACIONES PREVIAS: PATRIMONIO, PATRIMONIO ALIMENTARIO Y REFRANERO

De acuerdo con el *Diccionario de la Lengua Española* (en adelante DLE), patrimonio es la “Hacienda que alguien ha heredado de sus ascendientes” y hacienda es el “Conjunto de bienes y riquezas que alguien tiene”. Podemos retener, por lo tanto, que patrimonio son bienes que se reciben o que se transmiten de unas generaciones a otras. La noción de patrimonio nos remite a la de una herencia, una transmisión. Así pues, patrimonio refiere, entre otras posibles cuestiones, a bienes, tangibles y/o intangibles, heredados de un pasado y que se quieren conservar y/o proteger. Los objetos y los hechos patrimoniales permiten construir una cierta relación con la historia y el territorio, entre el tiempo y el espacio; y la memoria, la tradición.

En relación con la alimentación, la noción de patrimonio plantea cuestiones más complejas pues se trata de un patrimonio vivo, cambiante, con toda la problemática que ello implica en su gestión, mantenimiento y protección. Por otra parte, la alimentación tiene un alto valor cultural que integra aspectos tan difíciles de objetivar, de normalizar, como la memoria, la tradición, la identidad, la transmisión, los conocimientos, las técnicas, los comportamientos y prácticas alimentarias... Convertidos los conocimientos en lenguaje, se pueden recordar y transmitir, ya sea oralmente o mediante la escritura. Tradicionalmente, la cocina y la dietética populares se han transmitido sobre todo por vía oral. El refranero, como veremos, es una muestra de ello.



“La felicidad debe ser algo parecido a andar en calzoncillos por el campo comiendo nísperos” | foto Alberto García

Hoy día, el patrimonio alimentario puede referirse al conjunto de los diferentes eslabones de la cadena alimentaria: producción, transformación, distribución, preparación y consumo. En el ámbito patrimonial, estos diferentes eslabones podrían traducirse en los paisajes de producción y en los productos resultantes, en conocimientos, técnicas, herramientas, oficios e industrias tradicionales y/o artesanales relativos a la producción y transformación de materias primas, platos o recetas, festividades o costumbres ligadas a un plato propio o singular, formas comunitarias de comensales, ferias y mercados alimentarios, recetarios históricos y fuentes orales y documentales.

El DLE define refrán como “Dicho agudo y sentencioso de uso común”. Julio Casares (1969, 162) los definió como “Una frase completa e independiente que en sentido directo o alegórico y por lo general en forma sentenciosa y elíptica, expresa un pensamiento –hecho de experiencia, enseñanza, admonición, etc.– a manera de juicio, en el que se relacionan por lo menos dos ideas”. En nuestro caso, esas “por lo menos dos ideas” que relacionan los refranes serán la alimentación y la salud.

EL REFRANERO¹: CULTURA ALIMENTARIA², PATRIMONIO Y SALUD

El refranero español contiene muchos dichos y refranes que aluden, de una u otra forma, a la alimentación y a sus relaciones con la salud; además, la mayoría de refranes pueden presentar variantes locales. En definitiva, existen cientos de refranes que relacionan la comida y la bebida con la salud. A continuación, presentamos una amplia muestra de refranes agrupados por lo que sería su contenido relacionando alimentación y salud.

Algunos refranes pueden ser considerados como recomendaciones dietéticas de carácter general: “Cura más la dieta que la lanceta”, “La mejor medicina es la buena cocina”, “La gana, poca y seguida”, “Come poco y cena temprano si quieres llegar a anciano”, “Poca cama, poco plato y mucha suela de zapato”.

Otros refranes hablan del hambre como la primera y más importante amenaza para la salud, tanto física (“Más cornás da el hambre”) como anímica (“En tripa vacía no hay alegría”, “Barriga llena no siente pena”). Por otra parte, el hambre puede ser causa de buenas (“El hambre aguza el ingenio”, “El hambre es tan maestra que hasta a los animales adiestra”) y malas situaciones (“El hambre es mala consejera”). El hambre, además, aumenta la comestibilidad: “A buen hambre no hay pan duro”. La comestibilidad, por otra parte, se amplía con consideraciones muy diversas: “Bicho que corre, nada o vuela, a la cazuela”, “Lo que no ahoga, alimenta”, “Lo que no mata, engorda”.

Otro de los aspectos de la relación entre alimentación y salud que nos muestran los refranes tiene que ver con la pertinencia o conveniencia, y también

1

Los refranes que se incluyen en este artículo proceden de la propia tradición oral del autor y de las recopilaciones de Calles 2002 y Gisbert 2011.

2

Entendemos como cultura alimentaria el conjunto de representaciones, creencias, conocimientos y prácticas heredadas y/o aprendidas que están asociadas a la alimentación y que son compartidas por los individuos de una cultura dada o de un grupo social determinado dentro de una cultura (Contreras 2002).



Comiendo manzanas | foto Ted Mielczarek

la inadecuación, de alimentos concretos (bebidas incluidas) o tipos de alimentos y la salud en general o de alguna enfermedad en particular. Algunos ejemplos de relación entre un alimento, sin más especificaciones, y la salud en general: “Una manzana al día mantiene al médico en la lejanía”; “Cebolla, limón y ajo, médicos al carajo”, “El que beu setge no busca metge” (El que bebe escrofularia no necesita médico), “La ceba alça el malalt del lit” (La cebolla levanta al enfermo de la cama), “La sàlvia salva”, “Un poco de algo y mucho tomate no habrá quien te mate”, “Menta i ruda salva tota criatura”, “El aceite de oliva todo mal quita”, “La menta, la gana aumenta”, “El vi alimenta, cura i fa tenir” (El vino alimenta, cura y mantiene), “No hay nada más necesario que la sal y el sol”.

O de tipos de alimentos: “El que menja verdura té la vida segura” (El que come verdura tiene la vida segura), “Menjar verdura és cordura” (Comer verdura es cordura), “Vida con fruta y verdura, perdura”, “Con huerta y verdura alejas la sepultura”, “El que come fruta, salud disfruta”, “Qui menja peix, salut té” (Quien come pescado, salud tiene), “La carn fa carn i el vi fa sang” (La carne hace carne y el vino hace sangre).

Y grupos de alimentos: “El pa fa passar i el vi fa tenir” (El pan hace pasar y el vino mantiene), “El vi, la llet i els ous els vells fan tornar nous” (El vino, la leche y los huevos rejuvenecen), “Qui menja alls i beu vi, no hi pot l’escurçó

ni el seu verí” (Quien come ajos y bebe vino no le puede ni el escorpión ni su veneno), “De llegums i boniatos, no t’en fiïs que fan flatos” (De legumbres y boniatos, no te fíes que hacen flatos).

Ejemplos de relaciones, positivas o negativas, entre alimentos concretos y tipos de alimentos y enfermedades concretas: “El refredat, el vi el combat” (El resfriado, el vino lo combate), “El té lleva el mal de ventre” (El té quita el dolor de vientre), “Mal de ronyons, cataplasmes de fonoll” (Mal de riñones, cataplasmas de hinojo), “Regalíssia de falguera, el mal de pit deixa enrera” (Regaliz de helecho, deja atrás el dolor de pecho), “El vi fa sang, la carn fa carn i el peix fa fang” (El vino hace sangre, la carne hace carne y el pescado hace barro), “El peix no fa greix” (El pescado no hace grasa), “L’arròs fa el ventre gros, la panxa llisa i no cal camisa” (El arroz hace el vientre gordo, la barriga lisa y no hace falta camisa), “Gelats i llaminadures fan mal a les criatures” (Helados y golosinas hacen daño a las criaturas), Si la tos et don neguit, eucaliptus ben bollit” (Si la tos te da inquietud, eucalipto bien hervido), “Olla sense sal fa més bé que mal” (Olla sin sal hace más bien que mal).

Las recomendaciones pueden ser más específicas y concretar el momento, del día o del año y/o las circunstancias más adecuadas o inadecuadas para la ingesta: “No hay cosa más sana que comer en ayunas una manzana”, “Agua en ayunas o mucha o ninguna”, “Si vols morir, menja cogombre i vés a dormir” (Si quieres morir, come pepino y ve a dormir), “Quien tarde cena, temprano enferma”, “Quien cena y se va a acostar, mala noche quiere pasar”, “El melón (o la naranja o la sandía), por la mañana, oro; al mediodía, plata; y, por la noche, mata”, “Naranja agria en ayunas, salud segura”, “Agua fría y pan caliente nunca hicieron buen vientre”, “Si vols morir, menja magrana i vés a dormir” (Si quieres morir, come granada y ve a dormir), “Quien cena carne asada tiene su fosa preparada”, “Encima de la leche, nada eches; debajo, aunque sea un estropajo”, “Menjar olives per sopar fa sommiar” (Comer aceitunas para cenar hace soñar), “La llet dormida i ben passejada” (La leche dormida y bien paseada), “Si en enero comes helado, no preguntes de qué has enfermado”, “No comer por haber comido, no hay nada perdido”.

También, la frecuencia de la ingesta, “Sucre cada dia, amarga” (Azúcar todos los días, amarga), la temperatura (“Caliente la comida y fría la bebida”), y las formas de cocción, “Sopa bollida, allarga la vida” (Sopa hervida, alarga la vida), “Sopa bollida, és mig païda” (Sopa hervida, es medio digerida).

Las cantidades recomendables requieren un apartado específico ya que pueden referir tanto a la comida y bebida en general (“A beure i a menjar, mesura has de posar” –A beber y a comer, medida debes poner–, “Come poco y cena temprano si quieres llegar a anciano”, “Almuerzo bien, come más, cena poco y vivirás”, “De grandes cenas están las sepulturas llenas”) como a alimentos concretos en particular y la cantidad de los mismos (“Els



La comida es medicina | Ilustración Sarah Kaiser

espínacs, menja'ls a sacs" –Las espinacas, cómelas a sacos–, "El vi, poc és bo, molt és verí" –El vino, poco es bueno, mucho es veneno–, "Carbassa, ni poca ni massa" –Calabaza, ni poca ni mucha–, "Ensalada y agua benedita, poquita", "De besugo y bonito, poquito", "De carn de caça no en mengis massa" –De carne de caza no comas mucha–, "No tot el que es greix es paeix" –No todo lo que es graso se digiere–, "No beguis aigua de bassa; ni d'olives mengis massa" –No bebas agua de balsa; ni de aceitunas comas demasiado–, "Aceituna, una es oro, dos es plata y la tercera mata", "Pan que sobre; carne que baste; y vivo que falte"). En cualquier caso, la cantidad recomendada acepta excepciones de acuerdo con determinadas circunstancias: "Como el pobre, reventar antes que sobre", "Més val que faci mal que no que quedí" (Preferible que haga daño a que sobre).

Por otra parte, en términos de salud, unos alimentos pueden ser buenos para algunos aspectos, pero malos para otros: "El que és bó pel fetge és dolent per la melsa" (Lo bueno para el hígado es malo para el bazo), "Lo que es bueno para el bazo es malo para el espinazo"; y, en cualquier caso, la vida no es eterna, "D'algun mal hem de morir: de carn o de peix" (De algún mal debemos morir, de carne o de pescado).

Algunos alimentos tienen virtudes cosméticas: "La carne de pluma, el rostro desarruga".

Las relaciones entre alimentación y salud van más allá de los alimentos pues incluyen consideraciones relativas a la mayor o menos compatibilidad o incompatibilidad entre comer (digerir) y otras actividades: "La comida



Después de almorzar | foto Tor Andreas Torhaug

descansada y la cena paseada” o “Después de comer, dormir; después de cenar, pasos mil”, “Entre la taula i el llit, mitja llegua” (Entre la mesa y la cama, media legua), “Qui sopa i se’n va a dormir, mala nit vol tenir” (Quien cena y se acuesta, mala noche quiere tener), “Engreixa més la calma que la taula” (Engorda más la calma que la mesa), “Si aigua beurás, no caminarás” (Si agua beberás, no caminarás), “Quien come despacio come dos veces”, “Tertulia, zapato y alimentación, mantienen tu corazón”.

Capítulo aparte merecen una larga lista de refranes que no contienen una relación directa con la salud, pero sí con la satisfacción organoléptica o emocional y que incluyen consideraciones relativas a la condimentación o sazón adecuada, a los momentos o circunstancias óptimas para el consumo...

Condimentación: “Olla sin sal, haz cuenta que no tienes manjar”, “Escudella sense ceba, ballada sense flabiol” (Cocido sin cebolla, bailada sin flautín), “Verduras y legumbres no dan más que pesadumbres; la carne, carne cría y da alegría”, “Rostit sense vi no val un comí, pilota sense pebre no val un senabre, estofat sense xocolata no val una patata” (Asado sin vino no vale un comino, pelota sin pimienta no vale un ajenabe, estofado sin chocolate no vale una patata), “Menjar sense sal, ballades sense só” (Comida sin sal, bailes sin son), “Olla sense sal, escudella sense ànima” (Olla sin sal, cocido sin alma), “Al hablar como al guisar, su granito de sal”, “Ajo, sal y pimiento y lo demás es cuento”, “La ensalada bien preparada poco vinagre y bien aceitada”, “Carn de llebre, de moltó i de bou, sense vi al ventre no es cou” (Carne de liebre, de carnero y de buey, sin vino en el vientre no se cuece), “Agua al higo y a la pera vino”.



Cocido madrileño | foto Jose Wolff

Como los alimentos tienen vida propia, cada alimento tiene su momento y circunstancias óptimas para su consumo: “Toma el huevo de una hora. Toma el pan del mismo día, el vino que tenga un año; y algo menos la gallina”, “El cabrito, de un mes; y el cordero, de tres”, “Capón de ocho meses, para mesa de reyes”, “La perdiz, con el dedo en la nariz”, “Perdiz cansada, esa me agrada”, “A l’octubre, ametlles collides, i al novembre, olives marcides” (En octubre, almendras cosechadas, y en noviembre, aceitunas marchitas), “Cada cosa pel seu temps, naps i cols pel mes d’advent” (Cada cosa por su tiempo, nabos y coles por el mes de adviento), “Per Pasqua, carn de corder, i per Nadal, de galliner” (Por Pascua, carne de cordero, y en Navidad, de gallinero), “Per Sant Martí, mata el porc i enceta el vi” (Por Sant Martín, mata el cerdo e empieza el vino), “Col de gener, bona com el corder” (Col de enero, buena como el cordero), “Berzas en enero, saben como carnero”, “Si a tu marido quieres bien, dale coles por San Andrés; y si le quieres mal, dáselas por San Juan”, “Si vols comprar bé, l’oli del damunt, el vi del mig i la mel de baix” (Si quieres comprar bien, el aceite de encima, el vino del medio y la miel de abajo), “El cigró més gustós, la cara arrugada i el cul gros” (El garbanzo más sabroso, la cara arrugada y el culo gordo), “Figues i raïms per l’agost, i pel setembre, codonys” (Higos y uvas para agosto, y en septiembre, membrillos), “Flor de olivera en abril, aceite para el candil; en mayo, aceite para el año; y en San Juan, aceite para entinajar”, “Vi vell i oli novell” (Vino viejo y aceite nuevo).



Comiendo helado | foto anroir



Comiendo pizza | foto Miguel Olaya

Cocciones inadecuadas: “All bullit, all perdut” (Ajo hervido, ajo perdido), “Café bullit, café podrit” (Café hervido, café podrido), “Arròs covat, per al gat” (Arroz pasado, para el gato).

Más allá del estómago: “El postre no llena la barriga, llena el corazón”, “Bon vi fa bon sagí” (Buen vino hace buena manteca), “Comer sin vino o es miseria o es desatino”, “Val més menjar ceba amb amor que llonganissa amb dolor” (Mejor comer cebolla con amor que salchichón con dolor), “Aiguardent i figues seques, allioli i pa torrat, fan ballar endimoniait” (Aguardiente e higos secos, alioli y pan tostado, hacen bailar endemoniado), “La dona que a l’home li dóna col, poc el vol” (La mujer que al hombre le da col, poco lo quiere), “Uvas (o pan) y queso saben a beso”, “El pan de la vecina para el niño es golosina”, “Fiesta sin vino no vale un comino”.

El comer, en cantidad y calidad, condicionado por circunstancias sociales y económicas: “Vaca i moltó, olla de señor” (Vaca y carnero, olla de señor), “La carn sense os és pel ric i poderós” (La carne sin hueso es para el rico y poderoso), “Cuando seas padre, comerás huevos”, “Quien gana el pan come la carne”, “El rico come cuando quiere, el pobre cuando puede y el monje cuando le toca”.

El conjunto de estos refranes refleja conocimientos dietéticos, agronómicos, valoraciones sobre la calidad nutricional y/o culinaria de los alimentos y recomendaciones de muy diverso significado, pero que, muy difícilmente, podrían sintetizarse en la figura de una pirámide o de un plato como se

3

De acuerdo con Luis de Hoyos Sainz y Nieves de Hoyos Sancho (1985), la primera recopilación de refranes fue la del Marqués de Santillana en su libro *Iñigo López de Mendoza*, a ruego del Rey Don Johan, que ordenó estos refranes que dicen las viejas tras el fuego y van ordenados por el A.B.C., en la primera mitad del siglo XV.

4

De acuerdo con Poulain (2005), entendemos por nutricionalización la difusión de los conocimientos nutricionales en el cuerpo social a través de diferentes vectores: prensa, televisión, campañas de educación para la salud. La medicalización significa la propagación de la "ideología de la salud" que coloca la salud en la cúspide de la escala de valores sociales y en el núcleo de las preocupaciones de los individuos cada vez más dispuestos a declarar problemas de salud. En la alimentación, la predominancia de "lo nutricional", del discurso sanitario, sobre otros aspectos tales como lo gustativo, el placer, la sociabilidad, la identidad... expresa un índice de medicalización. Cada vez menos, alimentos y medicamentos parecen pertenecer a dos categorías diferentes. Para algunos, se sitúan en un continuum y, entre los dos, la diferencia es solo cuantitativa, de dosis (Fischler y Masson 2008). Se insiste en el impacto positivo de ciertos componentes ("antioxidantes", "flavonoides", "carotenos", "polifenoles", etc.) de los alimentos sobre la salud de las personas y sobre su bienestar en general. Hoy, las innovaciones alimentarias relacionadas con la salud representan la mayoría de las innovaciones alimentarias. Todas las categorías de productos parecen tocadas por la salud, desde las leches a los zumos de frutas o los cereales para el desayuno hasta los embutidos. El alimento se va transformando en medicamento y la alimentación ya no responde a la necesidad de satisfacer el hambre o de energía sino a la de satisfacer el hambre de salud, ausencia de enfermedad.

acostumbra a hacer hoy en las guías nutricionales para una alimentación saludable. En cualquier caso, independientemente de que algunos nutricionistas se entretengan en descalificar, por erróneos, algunos de estos refranes, muchos de ellos siguen teniendo una validez "científicamente" aceptada bastante generalizada.

Por otra parte, no debe olvidarse que los refranes son fruto de contextos determinados que tienen que ver con las condiciones sociales y económicas, ecológicas, tecnológicas, los conocimientos científicos, etc. de los diferentes momentos históricos en los que se popularizaron, aunque no sepamos la "fecha de nacimiento" de cada refrán ni tampoco conozcamos ni su padre ni su madre³. Además, la nutrición actual también corrige o desecha recomendaciones que la propia ciencia de la nutrición puede haber formulado hace apenas unos años. Ya lo decía Gregorio Marañón: "No hay parte de la medicina más mudable ni asentada sobre cimientos más movedizos que la ciencia de la dietética, no pasa año que no cambie algo fundamental" (en Sorapán de Rieros 1975).

NUTRICIONALIZACIÓN⁴ VERSUS CULTURA ALIMENTARIA (EL REFRANERO)

Conviene distinguir, tanto para la ciencia de la nutrición como para el refranero, entre los conocimientos y las recomendaciones, supuestamente basadas en los conocimientos. Como "las ciencias adelantan que es una barbaridad" no hay que entretenerse en valorar que los conocimientos de la ciencia de la nutrición sean más válidos y más actualizados que los que refleja el refranero, pero sí me permito la pregunta ¿hasta qué punto las recomendaciones dietéticas que se formulan hoy día son más pertinentes que las formuladas en el refranero, en forma y/o contenido? ¿Y en términos de eficacia comunicativa? ¿Qué mensajes son más comprensibles y/o aplicables por la ciudadanía, los nutricionales o los del refranero?

Ya hemos visto el lenguaje conciso, preciso, directo e inteligible de los refranes alimentarios. Veamos ahora qué ocurre con algunas recomendaciones recientes procedentes del campo de la nutrición y de las ciencias de la salud.

En 2008, el entonces Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España lanzó una campaña de comunicación con el eslogan "Leyendo las etiquetas se come mejor" y se afirmaba: "Las etiquetas de los alimentos te aportan una información muy útil que te permite, además de conocer las principales características de los productos que vas a comer, hacerte una idea aproximada de la composición del producto". De alguna manera, podríamos deducir de esa recomendación que el Ministerio de Sanidad y

Consumo daba por supuesto que “las principales características de los productos” no eran conocidas *a priori* por los ciudadanos/consumidores. Se deduciría, asimismo, que los atributos sensoriales –sabor, olor, textura, color, aspecto y efecto de la ingesta– mediante los que, tradicionalmente, se habían reconocido o identificado los alimentos no eran suficientes pues resultaba más importante conocer su composición nutricional. Una composición, sin embargo, que se expresa en unos términos cuyo significado y alcance precisos se escapan a todos aquellos ciudadanos que no tengan los suficientes y adecuados conocimientos de química. Dos ejemplos de etiquetas, el de una “bebida láctea” y el de un bocadillo servido por una línea aérea:

“Bebida láctea, descremada y enriquecida en ácidos omega-3, ácido oleico y vitamina E. Ingredientes: Leche desnatada, sólidos lácteos, aceites vegetales (girasol alto oleico y oliva), aceite de pescado azul, lecitina de soja, emulgente (E-472 c) y vitaminas (A, B6, Ácido Fólico, C, D y E); ácido oleico: 1.30 g/100 ml; ácidos omega-3 (EPA y DHA): 60 mg/100 ml = 0.06% (p/v) en producto final. Cuadro nutricional (valores medios por 100 ml): valor energético: 53 kcal (222 kJ); proteínas: 3.50 g; hidratos de carbono: 5.20 g; grasas: 2.00 g; saturadas: 0.43 g; monoinsaturadas: 1.31 g; polinsaturadas: 0.26 g; calcio: 132 mg (16 % CDR); vitamina A: 120 µg (15 % CDR); vitamina D: 0.75 µg (15 % CDR); vitamina E: 1.50 mg (20 % CDR); ácido fólico: 30 µg (15 % CDR); vitamina B6: 0.30 mg. (15 % CDR); vitamina B12: 0.40 µg (40 % CDR)” [CDR: Cantidad Diaria Recomendada].”

“Pan trenzado Pollo Con Queso. Ingredientes: pan 59 % (harina panificable, agua, levadura, azúcar, harina de soja, sal, suero de leche en polvo, aceite de oliva, mejorantes de panadería en dosis máxima del 2 % (masa madre de trigo en polvo, emulgente (E-481), conservador (E-282), corrector de acidez (E-263), antioxidante (E-300), enzimas), fiambre de pollo 30 % (recortes de pollo, salmuera (agua, sal común, fécula de patata, proteína de soja, emulgentes (E-450 i y E-452 i), dextrosa, antioxidantes (E-331 iii, E-316), conservador (E-250), aromas de pollo, especias, colorante (E-120), aroma de pollo, gelificantes (E-407, E-410, E-417). Queso Edam 11 % (leche pasteurizada de vaca, fermentos lácteos, sal, cloruro cálcico, colorante (E-160a). Contiene gluten, leche, soja y/o derivados. Puede contener trazas de huevo, pescado, crustáceos, cacahuetes, frutos secos de cáscara, apio, mostaza, sésamo, sulfitos y/o derivados” (Elaborado por R.S.I: 2603525/Madrid).”

Resulta obvio que, gracias al desarrollo de la ciencia de la nutrición, existe hoy un mejor y mayor conocimiento de los alimentos y de lo que puede ser una dieta saludable y de qué tipos de regímenes dietéticos pueden ayudar en el tratamiento de cada enfermedad. Así, las recomendaciones dietéticas no se limitan a las situaciones de enfermedad sino que, inspiradas por los especialistas, alcanzan a la totalidad de la población y pretenden lograr



Mirando la etiqueta con información nutricional | foto Public Domain

“Las Ingestas Dietéticas Recomendadas (IDR) consisten en la cantidad necesaria de un nutriente para cubrir los requerimientos nutricionales en la mayor parte de la población sana, por grupos de edad, sexo y en situaciones fisiológicas especiales como el embarazo o la lactancia” (Serra y Aranceta 2006, 21).

la salud y mantenerla, y prevenir las enfermedades más que curarlas. En este aspecto no se diferencian de los refranes que hemos presentado. Los responsables de salud pública desarrollan “programas de promoción de la salud” y publican “guías alimentarias” que se concretan en las Ingestas Diarias Recomendadas (IDR)⁵ y que traducen los objetivos nutricionales, “formulados científicamente” y expresados en términos numéricos como cantidades de nutrientes y porcentajes de energía, a un “lenguaje familiar” (Serra Majem y Aranceta Bartrina 2006, 28). Estas guías expresan las recomendaciones de manera cualitativa como alimentos, raciones o tendencias más positivas para la salud y se representan en forma de rueda de alimentos, tablas, pirámides, estructuras romboides o manzanas. Los especialistas consideran que estas guías son necesarias como punto de referencia para la educación nutricional en los distintos grupos de población y que “Las guías dietéticas deben ser aceptables en el contexto cultural de la población a la que se dirigen, considerando su propio idioma, simbolismo y peculiaridades [...] Es importante contar con la colaboración de expertos del mundo de la comunicación para analizar cuáles serán los canales más convenientes para la difusión del mensaje y de las imágenes que lo acompañan, así como la selección de los mensajeros más adecuados” (Aranceta Bartrina y Serra Majem 2006, 694).

Por otra parte, decía Fischler (1990) que, a diferencia de antaño, hoy un gran número de alimentos se han convertido en objetos sin una historia conocida, en OCNI (Objetos Comestibles No Identificados), faltos de referencias precisas para identificarlos hasta el punto de formarse entre el comensal y su alimentación una relación en gran medida inédita y, por supuesto, diferente a la que podría reflejar el refranero. Así, OCNI por un lado y alimentos cuya composición hay que leerla para conocerla, por otro. Tecnología alimentaria por un lado y bromatología y nutrición por otro. Podríamos pensar que, entre unas y otras, la identificación alimentaria habría quedado fuera del alcance del común de los ciudadanos, convertidos en profanos alimentarios frente a los expertos nutricionistas. Es cierto que siempre ha habido expertos y profanos, pero en materia alimentaria, la distancia entre unos y otros, entre los saberes expertos y los saberes profanos es, hoy, mucho, muchísimo mayor que en el pasado.

Otro caso, el del informe EAT-Lancet (2019), donde se formulaba la recomendación de la “dieta diaria perfecta para salvar el planeta y la salud del ser humano”. De acuerdo con dicho informe, esta dieta esbozaba “grupos de alimentos empíricos y rangos de ingesta de alimentos que, combinados en una dieta, optimizarían la salud humana” y añadía “La interpretación local y adaptación de la universalmente aplicable dieta de salud planetaria es necesaria y debe reflejar la cultura, geografía y demografía de la población y de los individuos” (Comisión EAT-LANCET 2019). Interesante: interpretación local, adaptación, reflejar la cultura, geografía y demografía de la población y de



Participantes de un programa de la OFSP (Office Fédéral de la Santé Publique, Suiza) en Kenia revisan el material educativo sobre nutrición | foto CGIAR System Organization (Sara Quinn)

los individuos... Esa “interpretación local” y esa “adaptación” exigirían identificaciones más precisas de los alimentos recomendados porque, si bien es cierto que la cuantificación de la dieta es precisa, ¿qué ocurre con la identificación de los alimentos citados? y ¿qué ocurre con los que no son alimentos propiamente dichos como grasas añadidas, aceites insaturados, aceites saturados y azúcares añadidos? Por otra parte, arroz, trigo, maíz, tubérculos, verduras, frutas, carnes, pescados, etc. ¿Cómo? ¿Crudos, hervidos, fermentados, condimentados, macerados, asados, fritos, ahumados, salados, secados...? Estos alimentos ¿solos o combinados con otros y combinados cómo? Por poner solo un ejemplo, y extremo, el consumo de un cereal puede ser en forma de gachas, de pan, de cerveza, de whisky... Es obvio que nutricionalmente no se trata del mismo producto y económica y culturalmente, tampoco. Y ¿qué decir de la recomendación de 13 gramos diarios de huevo? ¿Cómo traducir esa recomendación a un “lenguaje familiar” culinaria y domésticamente inteligible habida cuenta de que un huevo con clara y yema de tamaño medio pesa una media de 60 gramos?

Producto	Sustancia	Beneficios
Aceite de oliva	Antioxidantes (vit. E), polifenoles	Previene el cáncer, previene los infartos, detiene el envejecimiento, prevención de diabetes, reduce colesterol
Yogur	Bífidus, LCI, etc.	Mejora sistema inmunológico, mejora funcionalidad aparato digestivo, protege riesgo cáncer de colon, reduce nivel colesterol y triglicéridos
Té	Flavonoides	Reduce riesgo arteriosclerosis
Vino	Flavonoides, taninos	Previenen algunos tipos de cáncer, protegen infartos y derrames cerebrales, reduce pérdida de visión
Cerveza	Alcohol etílico, vitaminas, fósforo, calcio, ácido fólico, polifenoles, fibra soluble	Combaten colesterol malo, evita malformaciones feto, retrasan envejecimiento celular, previene cáncer de colon

DE LAS DIETAS CULTURALES A LA DIETA NUTRICIONAL

Nuestros comportamientos alimentarios están sometidos a normas tanto de carácter sociocultural como dietético. Es más, ambos tipos de normas están muy relacionadas entre sí ya sea para complementarse o para contradecirse. De acuerdo con el Diccionario de la Lengua Española, la palabra *dieta* proviene de la palabra griega *diáita*, que significa “régimen de vida”, régimen de vida en general y no exclusivamente régimen alimentario. La dietética es definida por el mismo diccionario como la “ciencia que trata de la alimentación conveniente en estado de salud y en las enfermedades”. En el paso de dieta a dietética se observa, pues, una importante reducción en el alcance del significado.

Aparentemente, nunca habíamos sabido tanto sobre los alimentos como ahora. Los avances científicos y tecnológicos desarrollados a lo largo de las últimas décadas han permitido unos grados de análisis extraordinariamente pormenorizados, de tal manera que de cualquier alimento o producto puede expresarse su composición cualitativa y cuantitativa hasta el más mínimo detalle como ilustran las etiquetas que acompañan a muchos de los alimentos consumidos. Por otra parte, al mismo tiempo que cada vez podemos conocer más y mejor la composición de los alimentos, también conocemos cada vez más y mejor los efectos de los diferentes nutrientes en nuestro organismo (ver tabla).

Consecuentemente con todo ello, hoy, los científicos, los responsables de la sanidad pública y las industrias agroalimentarias recomiendan con más precisión y con más convencimiento qué es lo que debemos ingerir para estar sanos y para prevenir las diferentes enfermedades. Los medios de comuni-

cación divulgan estos nuevos conocimientos y estas nuevas relaciones con nuestra alimentación. Es frecuente encontrar informaciones en la prensa sobre las investigaciones relativas a algún tipo de nutriente o compuesto alimentario, con el objetivo de demostrar sus propiedades beneficiosas para el organismo. Veamos algunos ejemplos:

“El C.S.I.C. recomienda beber hasta un litro de cerveza a la semana por razones de salud”.

“Aquellas personas que toman entre 1 y 6 vasos de vino semanales reducen el riesgo de sufrir apoplejía en un 34 %”.

“Comer un huevo al día no supone un mayor riesgo para el corazón”.

“Comer cinco piezas de fruta y verdura al día reduce en un 31 % la posibilidad de sufrir infarto cerebral”. “Un consumo diario de dos o tres tazas de té reduce hasta el 46 % el riesgo de padecer arteriosclerosis”. “Un adulto sano debe ingerir un mínimo de medio litro de leche al día”.

“El consumo diario de yogur retrasa la aparición de ciertos tumores”.

“La mayor ingesta de fibra de cereales... reduce el cáncer gástrico más del 30 %”.

“Una mayor presencia en la dieta diaria de ácidos grasos Omega 3, localizados en alta concentración en algunos pescados y vegetales... ayuda a prevenir varias enfermedades oculares”.

“El huevo enriquecido a través de la alimentación de las gallinas con alto contenido en DHA (ácido graso poliinsaturado omega-3 decosahexanoico regula los niveles de grasa en el organismo, reduce las dolencias de corazón y la arterioesclerosis”.

“El ácido linoleico ... controla el peso y protege los huesos y el corazón”.

La mayor cientifización y las constantes innovaciones tecnológicas que incorpora la industrialización del sector agroalimentario han dado lugar a una ruptura fundamental de las relaciones que los seres humanos habían mantenido físicamente con su medio. La industrialización, percibida en gran medida como una “artificialización” de la alimentación, ha dado lugar a una idea cada vez más persistente y, también, más cierta, de que cada vez sabemos menos acerca de lo que comemos. Esta idea o percepción resulta fácilmente aceptable si se tiene en cuenta que los alimentos son cada vez más transformados o procesados e incluso ultraprocesados, de tal modo que la cadena alimentaria es cada vez más compleja y, asimismo, más distante o

6

Veamos algunos ejemplos de mensajes aparecidos en la prensa española que ponen de manifiesto las consideraciones contradictorias de la actual cacofonía alimentaria:

“No hay que comer de todo: Uno de los tópicos más repetidos de la alimentación dice que ‘hay que comer de todo, con moderación’. ¡Es falso!” (*El País*, 19/10/2016).

“Obligar a los niños a comer es contraproducente” (*El País*, 6/06/2018).

“No hay que obsesionarse con las recomendaciones de la OMS. Se sabe bien que los conocimientos científicos cambian. En las últimas décadas hemos aprendido cómo hacer mejores estudios; con frecuencia, superando errores, como los que se cometieron con el café y el cáncer de páncreas o el de vejiga urinaria” (*El País*, 16/06/2016).

“No pasa nada si no desayunamos” (*La Vanguardia*, 17/04/2018).

“Saltarse el desayuno o la merienda se asocia con un mayor riesgo de obesidad” (*La Vanguardia*, 25/09/2017).

“Desayunar no sirve para perder peso. Una evidencia científica bastante robusta ha tardado mucho tiempo en hacerse hueco: el desayuno no esa comida tan imprescindible que nos hicieron creer” (*El País*, 5/02/2019).

alejada de la ciudadanía. En los últimos años, la industria alimentaria constantemente pone en circulación una serie de nuevos productos cuyas especiales o novedosas características consisten, fundamentalmente, en alterar su composición y/o su “filiación”. Las “alteraciones” pueden consistir en la eliminación de alguno de sus componentes más característicos, por ejemplo, la grasa, o en la eliminación de la carne por completo, manteniendo, eso sí, el nombre del producto, el aspecto, el color y alguna referencia a su sabor y a su textura.

Hoy, las categorías relativas a los alimentos parecen haber sido modificadas en el sentido de una mucha mayor cientificación, medicalización y nutricionalización y se postulan como de validez universal e intercultural. Por otra parte, hoy en día se producen de manera simultánea una gran abundancia y diversidad de mensajes dietéticos procedentes de fuentes muy diversas que contribuyen a oscurecer y confundir los avances que se producen en el terreno de la nutrición⁶. Si tenemos en cuenta la publicidad científica, su eco en los medios de comunicación y la publicidad alimentaria, nuestra sociedad contemporánea, a diferencia de la que refleja el refranero, no parece ya que “coma” manzanas, cebolla, limón y ajo, carne de pollo o de cerdo, atún, coliflor, yogurt o vino, sino más bien que “ingiera” calcio, hierro, polifenoles, flavonoides, vitaminas, caroteno, glucosa, fibra, grasas (saturadas, monoinsaturadas o poliinsaturadas), ácido oleico, colesterol (bueno y malo), lactobacilos, resveratrol, hidroxitirosol, ácido elágico, elagitaninos, carotenoides, fitosteroles, glucosinolatos, alicina, fósforo, alcohol etílico, proteínas, antioxidantes, taninos, bífidus, omega-3, fitoesteroles, etc., etc. O, también, de un modo más inteligible para los profanos en bioquímica: barras hipocalóricas, productos con “menos” o “sin” o con “más”, enriquecidos, suplementados, etc.

Y, sorprendentemente, a pesar de los extraordinarios avances científicos logrados y del interés creciente por el estado de salud de la población que orienta a las autoridades políticas y científicas, las alarmas sobre el estado nutricional son cada vez más frecuentes. En efecto, hoy, cuando la disponibilidad de alimentos es mayor que nunca y cuando el conocimiento sobre los mismos también es mayor que nunca, no parece que comamos bien de acuerdo a los cánones nutricionales existentes. ¿Qué ocurre entonces? Caben explicaciones diversas. Las autoridades sanitarias competentes se lamentan de que la gente no está dietéticamente educada o bien de que no siguen las recomendaciones nutricionales que se les indican. Este diagnóstico parece del todo insuficiente ya que el problema es mucho más complejo, fundamentalmente porque la alimentación o la dieta no es, exclusivamente, un fenómeno biológico, nutricional o médico. La alimentación es también un fenómeno social, psicológico, económico, simbólico, religioso... cultural, en definitiva, en el sentido antropológico del término. Por esa misma razón, debería considerarse que las cuestiones que orientan las políticas alimentarias, desde un punto de vista económico o sanitario, resul-

ten insuficientes o estén mal planteadas o insuficientemente resueltas. Por ejemplo, a la pregunta de qué comemos se pretende responder mediante encuestas de consumo que no necesariamente informan adecuadamente sobre qué es lo que realmente se come porque lo que las encuestas recogen no es lo que se come sino lo que se compra. Además, es necesario preguntarse ¿por qué se come lo que se come y por qué no se come lo que no se come?

El aspecto nutricional es un criterio importante a la hora de orientar nuestras prácticas alimentarias, pero solo uno entre otros. Un refrán no citado anteriormente: “Se come mucho después de harto”. ¿Acaso no está expresando que saciar el hambre no siempre es la razón de nuestra comida y que, en ocasiones, podemos comer más allá de lo que recomienda nuestra salud y en otras menos? La salud no es la única motivación para alimentarse o para hacerlo de un modo determinado ya que la alimentación sigue cumpliendo funciones muy diversas de acuerdo a sus diferentes circunstancias o contextos: sociabilidad, hedonismo, gratificaciones, autoimagen, estructuras de poder, capacidad adquisitiva, autonomía, identidad, etc. Todas ellas, muy “culturales” y poco o nada “nutricionales”.

CONCLUSIÓN: NUTRICIÓN, CULTURA ALIMENTARIA Y SALUD

En definitiva, aunque nuestra preocupación fuera exclusivamente nutricional, Margaret Mead (1971) recomendaba, hace ya más de 50 años, que “antes de buscar saber cómo cambiar los hábitos alimentarios, cuestión que siem-



Un banquete de boda tradicional hindú de Kerala (India) | foto spykster



El pueblo Hani celebra su año nuevo con banquetes callejeros en octubre, después de la cosecha del arroz | foto Lisa



Grupo de mujeres en Camboya preparando un plato especial de boda | foto Brian Hoffman

pre plantean los nutricionistas a los representantes de las ciencias sociales, conviene primero comprender lo que significa comer”.

En efecto, el acto de alimentarse, trátase de comida o de bebida, de comer, trasciende la pura necesidad de “nutrirse”, pues está tan cargado de significados y de emociones que se encuentra ligado a circunstancias y acontecimientos que nada tienen que ver con la estricta necesidad biológica. La comida es mucho más que una mera colección de nutrientes elegidos de acuerdo con una racionalidad estrictamente dietética o biológica. Si la nutrición es un asunto fisiológico y de la salud, comer es un fenómeno social y cultural. Como dijera Barthes (1961, 985), alimentarse es una conducta que se desarrolla más allá de su propio fin, que sustituye, resume o señala otras conductas. La alimentación constituye un “signo” de la actividad, del trabajo, del deporte, del esfuerzo, del ocio, de la fiesta, de cada circunstancia social. Cada situación tiene su propia expresión alimentaria. La importancia concedida a todo lo relativo a la alimentación es tal que no sorprende en absoluto que el alimento sea uno de los elementos preponderantes de cohesión dentro de una sociedad. Otro refrán no citado anteriormente: “Lo compartido bien sabe”. Si comemos no es solo para alimentarnos, sino también, en una buena medida, por razones ceremoniales y sociales; y la sociabilidad y la “convivialidad” también son importantes para la salud. Piénsese, por ejemplo, en determinados ciclos festivos y en las particularidades gastronómicas que los acompañan o, incluso, que los identifican, consistentes, casi siempre, en un consumo de los alimentos considerados más prestigiosos y en el consumo de mayores cantidades, incluso hasta el exceso.

Por estas razones, un interés por la alimentación y la salud orientado exclusivamente por la preocupación dietética puede ignorar (y de hecho ignora) muchas de las concomitancias que tiene un fenómeno tan complejo como el de los comportamientos alimentarios. Ignorar esas concomitancias

puede provocar la incomprensión o una comprensión incorrecta de determinadas conductas alimentarias y que puedan ser calificadas de dietéticamente irracionales por el solo hecho de no haber sabido captar su específica racionalidad. Pero, también, esa ignorancia puede provocar el fracaso de determinadas actuaciones públicas en el campo de la salud.

Por ello es necesario plantear la relación entre dieta, cultura alimentaria y modo de vida en general. La Organización Mundial de la Salud (2000) llamó la atención sobre este aspecto en su *Informe sobre la Salud en el mundo 2000*. Hace falta una mejor comprensión de la influencia de los estilos de vida sobre la salud. Es necesario investigar los efectos por separado y conjuntamente de diferentes tipos de conducta sobre la salud para comprender qué factores favorecen cada uno de ellos. Hoy es de sobras conocido que la extensión del riesgo de determinadas enfermedades como, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares o el cáncer, está claramente influido por un conjunto de características individuales y sociales que pueden actuar separada o conjuntamente.

¿Hasta qué punto es importante tener en cuenta la cultura alimentaria en los planes de salud? Ya en 1848, Rodolfo Virchow (1848) afirmaba que la medicina era una ciencia social y que la política no era más que medicina a gran escala. ¿Debería ser la nutrición, también, una ciencia social? En el ámbito de la salud pública en España, existe un consenso general respecto a que los “nuevos estilos de vida” han dado lugar a una dieta menos saludable como consecuencia de haber aumentado el consumo de productos cárnicos,



Comida de Navidad | foto David Merrigan

lácteos, bollería y bebidas carbonatadas y haber disminuido el de pescado, frutas, verduras, legumbres y cereales. Este diagnóstico podría ser aceptable, pero, en cualquier caso, es poco preciso y muy incompleto porque, a pesar de la importancia atribuida a los hábitos alimentarios y a los nuevos estilos de vida, poco o nada se dice de ellos. Desgraciadamente, la mayoría de los profesionales de la salud tienen una concepción muy sesgada, inapropiada y, en cualquier caso, insuficiente de los “estilos de vida”, pues los concretan y los limitan al sedentarismo, alcoholismo y tabaquismo. Obviamente, los estilos de vida van mucho más allá y debemos considerar que determinadas prácticas que son nocivas para la salud son aspectos de la vida determinados por factores socioculturales, políticos y económicos.

Las categorías mediante las que hoy son percibidos y clasificados los alimentos parecen, pues, haberse modificado considerablemente en relación con las categorías empleadas en el refranero (recordemos, por ejemplo: “Cebollas, limón y ajo, médicos al carajo”) en el sentido de una mayor descomponibilidad química impulsada por la ciencia.

Al principio de este artículo, nos preguntábamos ¿hasta qué punto las recomendaciones dietéticas que se formulan hoy día son más pertinentes que las formuladas en el refranero, en forma y/o contenido? ¿Y en términos de eficacia comunicativa? ¿Qué mensajes son más comprensibles y/o aplicables por la ciudadanía, los nutricionales o los del refranero?

A la primera de estas preguntas, cabe decir que, en términos de contenido, las recomendaciones dietéticas de la nutrición actual son más efectivas que las de refranero, pero no lo son en términos de eficacia comunicativa. En cualquier caso, en materia de eficacia comunicativa los refranes resultan más comprensibles y, en esa misma medida, más aplicables que los de la nutrición y la dietética. En esencia, refranes como los considerados en este artículo son voces de una sabiduría colectiva compartida.

Por todas esas razones, el refranero alimentario puede considerarse un valioso patrimonio cultural inmaterial porque codifica sabiduría, valores, creencias y experiencias de una comunidad transmitidas oralmente.

BIBLIOGRAFÍA

- Aranceta Bartrina, J. y Serra Majem, L. (2006) Objetivos nutricionales y guías dietéticas. En: Serra Majem, L. y Aranceta Bartrina, J. (ed.) *Nutrición y salud pública: métodos, bases científicas y aplicaciones*. Barcelona: Masson, pp. 684-697
- Barthes, R. (1961) Pour une psychosociologie de l'alimentation contemporaine. *Annales*, n.º 16, pp. 977-986
- Calles, J. (2002) *Refranes, proverbios y sentencias*. Alcobendas: Libsa
- Casares, J. (1969) *Introducción a la lexicografía moderna*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas
- Comisión EAT-LANCET (2019) *Alimentos, planeta, salud. Dietas saludables a partir de sistemas alimentarios sostenibles*. Disponible en: https://eatforum.org/wp-content/uploads/2025/09/EAT-Lancet_Commission_Summary_Report_Spanish.pdf [Consulta: 10/02/2026]
- Contreras, J. (2002) Los aspectos culturales en el consumo de carne. En: Gracia, M. (ed.) *Somos lo que comemos. Estudios de alimentación y cultura en España*. Barcelona: Ariel, pp. 221-248
- Fischler, C. (1990) *L'Homnivore: le goût, la cuisine et le corps*. París: Odile Jacob
- Fischler, C. y Masson, E. (2008) *Manger. Français, Européens et Américains face l'alimentation*. París: Odile Jacob
- Gisbert, A. (2011) *Refranyer temàtic amb breu explicació de significat i lèxic, referència a equivalents, similars i contraris, i corresponents i similars en castellà*. Oficina municipal d'Ús i Promoció del Valencià, Ajuntament de Godella
- Hoyos Sáinz, L. y de Hoyos Sancho, N. (1985) *Manual de folklore. La vida popular tradicional en España*. Madrid: Ediciones Istmo
- Mead, M. (1971) Contextos culturales de las pautas de nutrición. En: Mead, M. *La antropología en el mundo contemporáneo*. Buenos Aires: Ediciones Siglo XX, pp. 97-130
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2000) *Informe sobre la Salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. 53ª Asamblea Mundial de la Salud, 29 de mayo de 2000*. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/84394/sa4.pdf> [Consulta: 10/02/2026]
- Panizo Rodríguez, J. (2026) *La salud y la enfermedad en el refranero*. Centro de Nutrición Islas Baleares S.L.
- Poulain, J.P. (2005) De la dieta mediterránea a los modelos alimentarios mediterráneos. En: Contreras, J., Riera, A. y Medina, X. (ed.) *Sabores del Mediterráneo*. Barcelona: IEMed, pp. 198-220
- Serra Majem, L. y Aranceta Bartrina, J. (2006) Requerimientos nutricionales e ingestas recomendadas: ingestas dietéticas de referencia. En: Serra Majem y Aranceta Bartrina (ed.) *Nutrición y salud pública: métodos, bases científicas y aplicaciones*. Barcelona: Masson, pp. 20-30
- Sorapán de Rieros, J. (1975) *La medicina española contenida en proverbios vulgares de nuestra lengua*. Real Academia Nacional de Medicina
- Virchow, R. (2008) [1848] Reporte sobre la epidemia de tifus en Alta Silesia (*Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin*, vol. II, n.º 1-2, 1848). *Social medicine*, vol. 3, n.º 1. Disponible en: <https://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/view/1891/3681> [Consulta: 29/04/2026]

Cultura en Vena y la activación del patrimonio en hospitales y en territorios en riesgo de despoblación

Juan Alberto García de Cubas | Fundación Cultura en Vena

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6152>

RESUMEN

Las conexiones entre patrimonio cultural y salud suelen abordarse desde los saberes tradicionales o desde la musealización de memorias terapéuticas. Sin embargo, en los últimos años se consolida también otra vía: la cultura como recurso contemporáneo de salud pública, capaz de complementar –coadyuvar, obviamente sin sustituir– la atención clínica y de reforzar bienestar, vínculo social y sentido de comunidad. Cultura en Vena (CeV) nace con el objetivo de mejorar la vida de las personas acercando cultura a entornos sanitarios y regiones en riesgo de despoblación, y promoviendo investigación sobre sus efectos en la salud y el bienestar.

Este artículo presenta el enfoque y programas de CeV como experiencia situada en la intersección cultura–salud: desde Arte Ambulatorio, que desplaza exposiciones temporales e itinerantes a hospitales y áreas rurales y abre espacios culturales permanentes en centros sanitarios, hasta el Proyecto MIR (Músicos Internos Residentes), concebido como investigación clínica sobre música en directo “a pie de cama”, con aprobación ética hospitalaria y un planteamiento de triple impacto: humanización, evidencia científica y empleo cultural. Se incluyen asimismo programas de narración oral en pediatría (Érase una voz, Pequeños pacientes, grandes lectores) y propuestas de mediación para profesionales de los cuidados (Vulnera). A partir de estas líneas, se proponen aprendizajes transferibles para políticas públicas y agentes patrimoniales: calidad estética y ética, permisos y conservación de derechos, mediación especializada, evaluación (clínica y social), y gobernanza intersectorial para hacer sostenible la presencia de prácticas culturales en el sistema sanitario y en territorios con vulnerabilidad demográfica.

Palabras clave

Artes | Bienestar | Cultura en Vena (CeV) | Despoblación | Espacios rurales | Espacios sanitarios | Evaluación | Humanización | Impacto | Mediación cultural | Música | Patrimonio cultural | Políticas públicas | Salud |



Arte Ambulatorio, exposición ¿Sorolla en un hospital? en vestíbulo principal, Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda | foto Cultura en Vena, fuente de todas las imágenes que ilustran esta contribución si no se indica lo contrario

PATRIMONIO CULTURAL Y SALUD: DE LOS SABERES HEREDADOS A LAS PRÁCTICAS CULTURALES COADYUVANTES

El monográfico de *revista PH* 118 propone una aproximación al vínculo entre patrimonio cultural y salud desde el marco de los “saberes y prácticas patrimoniales en y para la salud”. En su índice se reconoce explícitamente un campo de promoción de la salud donde la cultura opera no solo como memoria o identidad, sino como práctica activa: ahí se sitúa *Cultura en Vena*, que trabaja con la cultura como un verdadero activo en salud, centrada en arte, música y escritura creativa y en sus efectos sobre la salud y el bienestar.

Esta formulación resulta significativa por dos motivos. Primero, porque amplía el concepto de “práctica patrimonial” hacia expresiones culturales que forman parte del repertorio simbólico compartido (obras icónicas, relatos, músicas, formas de mediación) y pueden ponerse al servicio del cuidado. Segundo, porque alude a efectos: introduce la necesidad de evaluar, argumentar y transferir conocimiento, puenteadando lenguajes entre cultura, sanidad y políticas públicas.

En paralelo, el debate internacional ha ido aportando respaldo: el informe de la OMS (Región Europea) de 2019 marcó un antes y un después al reunir más de 900 estudios sobre los beneficios de prácticas artísticas en salud, e instó a gobiernos a introducir artes en entornos sanitarios. Este tipo de evidencias no “medicaliza” la cultura; más bien, abre la puerta a pensarla como determinante social, como factor de humanización y como soporte de bienestar, especialmente en contextos de vulnerabilidad (enfermedad, aislamiento rural, soledad no deseada, desgaste del profesional de cuidados).

A este hito se sumaron más movimientos estratégicos desde Europa: los informes de la Comisión Europea y su plataforma *Culture & Health (2021-2025)*, de la que CeV es la única entidad española que forma parte); el mandato del Consejo Europeo (noviembre 2023); el informe técnico de investigación encargado por el gobierno británico, dentro del programa *Culture and Heritage Capital*, que desarrolla evidencia y metodología para monetizar el impacto de la cultura y el patrimonio en la salud y bienestar; las líneas maestras de *A Culture Compass for Europe* (noviembre 2025), una comunicación de la Comisión Europea que propone acciones para orientar la política cultural de la UE en relación, entre otras cosas, con este nuevo sector cultura y salud.

Y, como era de esperar, en España han ido ocurriendo hechos fundacionales que empiezan a dar forma a un marco institucional propio. Un primer hito fue la declaración institucional del Senado al Gobierno de España (septiembre de 2020) para reconocer la cultura como bien esencial, explicitando su contribución al bienestar y a la salud. Años después, el *Manifiesto de Cultura en Vena* (noviembre de 2024) funcionó como llamada sectorial y hoja de ruta para consolidar este ámbito emergente desde la práctica, la eviden-

cia y la necesidad de una cooperación interministerial e interconsejerías, un manifiesto que fue avalado por la OMS a través del prólogo de su director de Arts & Health, Christopher Bailey, quien acompañó su presentación ante los ministerios de cultura, sanidad y consejerías de cultura y sanidad de la Comunidad de Madrid.

En esa misma línea, y para reforzar la traducción del consenso cultural en instrumentos políticos y normativos, cabe subrayar otros avances recientes:

> Impulso parlamentario: proposición no de ley del Grupo Popular (noviembre 2024) orientada al apoyo a la cultura aplicada a la salud, contribuyendo a situar el binomio cultura/salud en el debate institucional con un enfoque de política pública. Cultura en Vena ha colaborado y asesorado en la misma.

> Iniciativa legislativa: propuesta de ley para una Cultura que cuida (julio 2025), promovida por el Grupo Sumar en el Congreso de los Diputados, donde se plantea que la salud no depende solo del sistema sanitario, sino también de determinantes sociales, incluido lo cultural y fija como objetivo reconocer la cultura como factor esencial de salud e integrar el enfoque cultural en las políticas de salud pública. CeV ha participado en la misma.

> Planificación estratégica de derechos: Plan de Derechos Culturales (julio 2025), abriendo la puerta a que la cultura se entienda también como palanca de equidad, bienestar y cuidado dentro de las políticas culturales. CeV ha participado para que el eje cultura/salud figure de manera principal en el mismo.

> Cooperación interministerial: más recientemente, se ha formalizado un acuerdo entre los ministerios de Cultura y de Sanidad (octubre 2025) para activar acciones culturales con enfoque en salud, un paso decisivo para pasar de la suma de proyectos a una lógica de sistema: coordinación, escalabilidad, financiación y evaluación compartida.

Estos hechos fundacionales –impensables cuando empezamos a ensayar proyectos de cultura y salud en 2012– ya no son una hipótesis, sino el umbral de un nuevo sector virtuoso que, si se consolida con gobernanza y evaluación, puede traducir derechos culturales en mejor salud, mayor equidad y sistemas de cuidado más humanos.

CULTURA EN VENA: PROPÓSITO, DESTINATARIOS Y HERRAMIENTAS

CeV define su propósito de forma directa: “mejorar la vida de las personas inyectando cultura allí donde no suele llegar”, acercando arte y música a entornos sanitarios y a regiones en riesgo de despoblación, e investigando sus efectos en salud y bienestar. Esta definición sitúa tres elementos clave:

> Equidad de acceso: llevar cultura a lugares donde su presencia no es habitual (hospitales, centros de salud, áreas rurales, etc.).

> Doble campo de acción: lo sanitario y lo cultural, entendiendo ambos como espacios de cuidados que generan un nuevo sector de actividad.

> Compromiso con evidencia: promover investigación, medición de impacto y sistematización, no solo programación cultural.

En su relato de origen, CeV se apoya en una trayectoria previa en cultura y salud, y proyecta como herramientas principales el arte plástico y la música en directo. Ese “inyectar” no describe una metáfora estética; describe una estrategia de intervención: introducir experiencias culturales con criterios profesionales (calidad artística, mediación, logística, permisos, evaluación, investigación) y con intención de permanencia institucional.

ARTE AMBULATORIO: EL PATRIMONIO ARTÍSTICO EN CIRCULACIÓN COMO HUMANIZACIÓN Y DINAMIZACIÓN TERRITORIAL

Uno de los rasgos más fértiles del enfoque CeV, en clave patrimonial, es su apuesta por la circulación: el patrimonio (o repertorio cultural) deja de “esperar público” para salir al encuentro de personas que –por enfermedad, cuidados o distancia– tienen barreras de acceso.

El programa Arte Ambulatorio se plantea como “exposiciones temporales e itinerantes” por la red de hospitales y por comunidades rurales en riesgo de despoblación. Para ello se promueve la creación de nuevos espacios permanentes para la cultura en los hospitales (vestíbulos, salas de espera, hospital de día y habitaciones), ocupando espacios disponibles con manifestaciones

Arte Ambulatorio, exposición ¿Goya en un hospital? en Hospital de Día de Oncología, Hospital Miguel Servet de Zaragoza

Arte Ambulatorio, exposición Cultura de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos, Madrid





Arte Ambulatorio en comunidades rurales. Concierto y exposición ¿Goya en un hospital? en Ainsa (Huesca)

artísticas de alto nivel, mediadas con los públicos por profesionales de la cultura contratados y formados por CeV.

Aquí aparece un primer punto de conexión con el patrimonio cultural institucional: CeV proyectó su arranque simbólico con una exposición en entorno hospitalario alrededor de Francisco de Goya, mediante reproducciones de obras conservadas en el Museo del Prado. Aunque el dispositivo sea la reproducción, la operación es patrimonial en sentido amplio: traduce un patrimonio artístico común a un entorno de cuidados, lo hace accesible a públicos no cautivos y lo resignifica desde la experiencia contemporánea de la salud.

Además, el programa identifica beneficios cruzados: no solo pacientes, familiares y personal sanitario como beneficiarios, sino también instituciones culturales, que pueden ver incrementada de manera exponencial la visibilidad de su patrimonio, y jóvenes profesionales de la cultura, al abrirse nuevos circuitos de actividad, empleo y crecimiento profesional. En términos de política cultural, esto sugiere una línea de trabajo clara para administraciones patrimoniales: acuerdos estables de cesión de contenidos, permisos, comisariado y mediación para que el patrimonio “esté” donde también se cuida.

PROYECTO MIR: MÚSICA EN DIRECTO “A PIE DE CAMA” Y PRODUCCIÓN DE EVIDENCIA CLÍNICA

Si Arte Ambulatorio muestra cómo el patrimonio visual puede acompañar la estancia hospitalaria, el Proyecto MIR (Músicos Internos Residentes) ejemplifica el salto hacia la investigación clínica y protocolos.



Músico Interno Residente a pie de cama. Diego Lara, Hospital Regional de Málaga | foto Cultura en Vena (Andy Ojeda Sarmiento)



Músico Interno Residente en UCI. Elisa Ortiz, Hospital 12 de Octubre de Madrid

El proyecto arranca en septiembre de 2016 como un estudio científico con siete investigaciones aprobadas por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital 12 de Octubre de Madrid, en el que trabajamos tres años para demostrar los beneficios de la música en directo junto al paciente. Nace tras años de experiencia en ámbito hospitalario, donde, como director de la asociación Música en Vena (desde 2012 hasta 2019), realizamos más de 1.600 microconciertos con más de 30.000 beneficiarios (pacientes, familiares y personal sanitario), y desde ahí decidimos dar un paso más para analizar los procesos y sus efectos desde el método científico. Tres aspectos lo convierten en referencia transferible:

> Rigor metodológico y ética: El MIR se formula explícitamente bajo protocolos y garantías del método científico y, en su primera implementación, se realiza con un hospital público y aprobación por su comité ético de investigación. Esta arquitectura es esencial: en salud no basta con “que sea bonito” o “que emocione”; hay que medir el impacto, obtener certezas clínicas y usar el método científico.

> Modelo de triple impacto: El proyecto se plantea con triple impacto: humanización sanitaria, investigación clínica y generación de empleo. Es decir, no se limita a la intervención artística: también crea un marco laboral y profesional para músicos, y busca traducir experiencia en conocimiento útil para el sistema.

> Normalización institucional: CeV expresa la ambición de normalizar la presencia del músico en los protocolos clínicos, respaldada por evidencias científicas. Esta frase condensa el reto mayor del campo Arts & Health: pasar de la excepcionalidad (proyecto puntual) a la estructura (programación reglada, financiación estable, evaluación y mejora continua).

Una vez más, CeV aporta con el proyecto MIR una lectura patrimonial complementaria: la música –patrimonio cultural vivo– no solo es un bien simbólico, sino un auténtico recurso de cuidado.

ÉRASE UNA VOZ: TRADICIÓN ORAL, PATRIMONIO INMATERIAL Y PEDIATRÍA

El patrimonio cultural inmaterial aparece con claridad en *Érase una voz*, programa basado en el arte de contar historias como herramienta terapéutica, llevando narradores orales a unidades de pediatría y aulas hospitalarias. La propia descripción subraya el carácter ancestral y universal de la narración oral, y plantea el relato como herramienta emocional. Este programa nace gracias al impulso de la escritora Irene Vallejo, que demuestra cómo CeV puede vehicular el compromiso de voces influyentes del ámbito cultural, convirtiendo reconocimiento público en servicio público: cultura como cuidado y cuidado como derecho: un retorno social en forma de cultura allí donde más se necesita.

La potencia de esta línea para el número PH es doble:

> Conecta directamente con patrimonio inmaterial (tradición oral, cuentos, leyendas, formas de transmisión).

> Opera en un entorno de alta vulnerabilidad (infancia hospitalizada), donde el cuidado emocional forma parte de la experiencia clínica.

Ya existe evidencia científica que asegura que la narración de cuentos en el ámbito hospitalario es una estrategia que se debe utilizar para la recuperación, el control del dolor del niño y la reducción del estrés y los traumas resultantes de la hospitalización, tanto para el niño como para sus acompañantes. Escuchar cuentos incrementa la oxitocina y las emociones positivas, y disminuye el cortisol y el dolor en niños hospitalizados.

PEQUEÑOS PACIENTES, GRANDES LECTORES: ESCRITURA, BIBLIOTECA DIGITAL Y CIRCULACIÓN DE RELATOS

Junto a la narración oral, CeV trabaja también el patrimonio inmaterial desde la palabra escrita. *Pequeños pacientes, grandes lectores* es un programa de incentivo a la lectura y la escritura de cuentos en el ámbito pediátrico, animando a niñas, niños y jóvenes a crear relatos vinculados a las emociones mediante videotalleres y talleres presenciales. Su alcance conecta, además, con la dimensión territorial del proyecto: se dirige tanto a pacientes pediátricos (ingresados y ambulatorios) como a alumnado de escuelas rurales.



Pequeños pacientes, grandes lectores. Taller de escritura creativa, Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda



Pequeños pacientes, grandes lectores. Exposición, Hospital Niño Jesús, Madrid

El programa convierte esa creación en un bien compartido: los cuentos pasan a formar parte de una biblioteca digital y una selección se activa en formato expositivo, itinerando por hospitales dentro de Arte Ambulatorio. De este modo, el relato deja de ser solo expresión individual para convertirse en mediación entre iguales: historias escritas por pacientes que pueden acompañar a otros pacientes —y también al personal hospitalario— en la comprensión de lo que sienten y en la adquisición de recursos para afrontar su situación de salud.

En términos de marco conceptual, la propuesta se apoya en una tradición larga (biblioterapia/literapia) y en la evidencia contemporánea que vincula lectura y escritura con bienestar: lectura y escritura son dos caras de la misma moneda, y la escritura creativa puede aportar beneficios terapéuticos en la población infantil. En el ecosistema CeV, Pequeños pacientes, grandes lectores completa así una tríada especialmente coherente para pediatría: arte (espacios y exposiciones), música (experiencias en directo) y relato (oral y escrito) como herramientas culturales que acompañan, humanizan y conectan.

Este programa es posible, desde hace 5 años, gracias a las subvenciones para la promoción de la lectura y las letras españolas del Ministerio de Cultura.

VÛLNERA: CULTURA PARA CUIDAR A QUIENES CUIDAN

Una aportación decisiva (y a menudo olvidada) en cultura y salud es la atención a los profesionales. El programa VÛlnera se orienta a explorar salud,



Vulnerable, mediación con profesionales sanitarios. María Cuevas, Hospital Regional de Málaga | fotos Cultura en Vena (Andy Ojeda Sarmiento)

enfermedad y bienestar desde la experiencia de quienes trabajan en cuidados, ofreciendo contenidos artísticos seleccionados (visitas guiadas a exposiciones y conciertos) a través de una mediación participativa para construir un espacio compartido de reflexión. En términos patrimoniales, esta propuesta pone en valor el museo, el auditorio, la sala de exposiciones (y todo el repertorio artístico) como infraestructura de salud relacional, como activo en salud: un lugar donde elaborar narrativas, disminuir el estrés, explorar la identidad profesional y el trabajo en comunidad. Y en términos institucionales, sugiere que los agentes patrimoniales (museos, salas de conciertos, centros de interpretación, archivos, etc.) pueden ser aliados estratégicos en programas de bienestar laboral del sistema sanitario, siempre que exista mediación especializada y objetivos claros.

MEDIACIÓN, CALIDAD Y PERMISOS: CONDICIONES DE POSIBILIDAD PARA UN ENFOQUE PATRIMONIAL EN SALUD

Trabajar con patrimonio y con salud obliga a tomar en serio tres capas: estética, ética y legalidad.

> Calidad y profesionalización: CeV insiste en integrar prácticas artísticas de forma eficaz y con mediación, y en generar evidencias científicas o, ahora que ya existen, pasar a la acción, a la implementación.

> Permisos y derechos: en una revista patrimonial como PH, este punto es especialmente sensible: toda imagen debe ir con pie descriptivo, autoría y

fuelle. Pero, además, en cultura y salud la propiedad intelectual no es solo un trámite: es una condición habilitante para activar el patrimonio con seguridad jurídica, aprovechando –cuando procede– el dominio público como vía de acceso y reutilización cultural y garantizando, cuando hay autoría viva, el respeto a los derechos morales (art. 14 LPI).

> Evaluación y transferencia: la OMS y el debate europeo empujan hacia políticas a largo plazo que unan salud y artes, pero esa unión necesita traducción: indicadores, aprendizajes, documentación y relato público comprensible.

En CeV, esta lógica aparece tanto en nuestros programas, como en la voluntad de llevar el debate a organismos públicos y promover marcos institucionales donde se relacionan avances europeos con las realidades de este sector en España.

APRENDIZAJES TRANSFERIBLES PARA POLÍTICAS PATRIMONIALES Y DE SALUD

A partir de la experiencia CeV (hospitales + territorios en riesgo demográfico), se pueden proponer siete aprendizajes útiles para administraciones, dispositivos culturales y gestores sanitarios:

> El hospital y el territorio no son “lugares de paso”. Son espacios de vida cotidiana y, por tanto, espacios legítimos de cultura. Concebirlos así ayuda a



Arte y Salud. II Edición dedicada a la salud mental. Museo Nacional Thyssen-Bornemisza

superar la idea de “actividad complementaria” para pasar a “derecho cultural en contexto de cuidados”.

> La cultura no sustituye tratamientos, pero sí modifica la experiencia de la enfermedad. El valor no está solo en “distraer”: está en acompañar, reducir estrés, aportar sentido, facilitar conversación y crear memoria compartida del proceso de cuidado.

> Patrimonio en modo accesibilidad. La circulación (exposiciones itinerantes, reproducciones de alta calidad, mediación) amplía públicos del patrimonio y lo devuelve a su condición de bien común, especialmente en lugares donde el acceso es limitado.

> Mediación como tecnología humana del cuidado. Sin mediación, el patrimonio en salud corre el riesgo de convertirse en “decoración” o “ruido”. Con mediación, puede abrir espacios de participación, conversación y duelo.

> Evaluación proporcional y ética. En algunas intervenciones es razonable la evaluación clínica con parámetros fisiológicos y diseño investigador. En otras, será más pertinente la evaluación cualitativa y de bienestar (cuadernos de campo, entrevistas, escalas de experiencia). Lo importante es que exista hipótesis, método y análisis de resultados. Pero más importante todavía, hemos de aprovechar la evaluación existente, los estudios científicos publicados, el marco institucional europeo y nacional, etc. para pasar a la acción, a una rigurosa implementación progresiva que aproveche el recurso de la cultura como activo en salud.



Arte y Salud. IV Edición dedicada a la salud longeva. Museo Nacional Thyssen-Bornemisza

> Gobernanza intersectorial. Los mejores proyectos ocurren cuando cultura y sanidad no se “invitan” mutuamente de manera puntual, sino cuando co-diseñan: direcciones médicas, enfermería, trabajo social, unidades de humanización, museos, artistas y mediadores, etc. Todos trabajando para mejorar la salud y el bienestar de los ciudadanos.

> Sostenibilidad. La continuidad (programas recurrentes, figuras estables como el músico residente o el mediador cultural) es lo que permite aprendizaje, evaluación y mejora; sin continuidad, cada intervención empieza de cero y no se consolida institucionalmente. En un contexto en el que todavía no existen partidas sanitarias específicas para cultura, resulta clave articular financiación híbrida y alianzas (sector público, responsabilidad social/ESG, filantropía estratégica, fundaciones y mecenazgo) desde una lógica de valor compartido: inversión preventiva en bienestar y humanización, con impacto medible, que a la vez responde a la demanda social y sostiene empleo cultural cualificado.

CIERRE: UNA INVITACIÓN A PENSAR EL PATRIMONIO COMO INFRAESTRUCTURA DE SALUD

El contenido del monográfico de *revista PH* 118 sitúa a Cultura en Vena junto a experiencias de medicina tradicional, partería, patrimonio alimentario o etnobotánica. Esta vecindad editorial es, en sí misma, una tesis: la salud se construye con saberes heredados y con prácticas contemporáneas, y el patrimonio –material e inmaterial– puede ser tanto memoria como herramienta viva.

CeV propone una forma concreta de activación: llevar patrimonio artístico, música y narración oral a hospitales y territorios vulnerables, con mediación, permisos, calidad y evaluación. En esa operación, el patrimonio deja de ser solo “objeto de conservación” para convertirse también en infraestructura cultural de cuidados, capaz de contribuir a la humanización sanitaria y a la cohesión territorial en la España de los retos demográficos.

BIBLIOGRAFÍA

- All-Party Parliamentary Group on Arts, Health and Wellbeing (APPG) (2017) *Creative Health: The Arts for Health and Wellbeing*. Londres: APPG (Inquiry Report)
- Comisión Europea (2021-2025) *Culture & Health/ CultureForHealth* (plataforma e iniciativa europea para el marco de cultura y salud). Bruselas: Comisión Europea
- Cultura en Vena (2022) *Libro Blanco de los Músicos Internos Residentes (MIR)*. Madrid: Fundación Cultura en Vena
- Cultura en Vena (2024) *Manifiesto de Cultura en Vena*. Madrid: Fundación Cultura en Vena
- Fancourt, D. y Finn, S. (2017) *Arts in Health: Designing and Researching Interventions*. Oxford University Press
- Fancourt, D. y Finn, S. (2026) *Art Cure: The Science of How the Arts Transform Our Health*. Cornerstone Press
- Fernández-Pichel, S. y GIL, F.G. (2024) *La interfaz salud-cultura en el Estado español. Informe. Mapeo de iniciativas, debates y recomendaciones estratégicas*. Fundación Carasso; Zemos98
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2019) *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

La declaración de la partería en la Lista del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Unesco en 2023

Juliana Alves Siqueira | Asociación Casa Mater

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6160>

RESUMEN

La inscripción de la partería en la Lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad por la Unesco en diciembre de 2023 constituye un hito para el campo del patrimonio cultural. Este reconocimiento no se limita a legitimar una práctica ancestral, sino que introduce un marco interpretativo que vincula patrimonio cultural inmaterial, comunidad, derechos humanos y perspectiva de género. El análisis de los términos en la Declaración permite comprender el significado profundo y el alcance social, político y simbólico de esta inscripción. La partería es definida como un conjunto de conocimientos y prácticas transmitidos de generación en generación, lo que subraya su carácter dinámico, plural y vivo. Estos saberes integran dimensiones empíricas, corporales, botánicas, emocionales y relacionales, construidas históricamente fuera de los espacios académicos formales. Su reconocimiento como patrimonio cultural inmaterial supone una revalorización de formas de conocimiento tradicionalmente deslegitimadas. Concede una importancia central a la transmisión intergeneracional, destacando el papel de las redes de mujeres como espacios de producción y transmisión cultural. Este enfoque visibiliza la memoria femenina y cuestiona los modelos patriarcales del conocimiento. Asimismo, la comunidad es reconocida como sujeto activo del patrimonio, desvinculando la partería de un territorio específico y resaltando su función social vinculada al cuidado de la vida.

Finalmente, la Unesco vincula explícitamente la partería con los derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos y la igualdad de género, redefiniendo el patrimonio cultural inmaterial como una herramienta viva orientada al bienestar, la justicia social y la dignidad humana.

Palabras clave

Comunidad | Declaración | Derechos humanos | Género | Inscripción | Lista del Patrimonio Cultural Inmaterial | Memoria | Mujeres | Partería | Saberes populares | Salud | Unesco |



Maria do Carmo Marques Machado (Carminha), partera de la localidad Palmares, en Pernambuco (Brasil). Imagen que forma parte de una exposición organizada por el Museo de la Partera en Brasil, proyecto cultural que nació del deseo de las parteras de Pernambuco de contar su propia historia | foto Museu da Parreira (Eduardo Queiroga)



Botella escena de parto cultura moche, 100 a. de C.-200 d. de C. | foto Unesco

LA PARTERÍA Y SU INCORPORACIÓN AL PATRIMONIO CULTURAL

La inscripción de la partería como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad en 2023 constituye un hito para el campo patrimonial, tanto por el tipo de práctica protegida como por el enfoque conceptual que permitió su reconocimiento. A diferencia de la mayor parte de los elementos inscritos desde la aprobación de la Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial (UNESCO 2003), el caso de la partería se sitúa fuera del espectro más habitual de expresiones folclóricas, rituales festivos o tradiciones artesanales. Su núcleo reside en una práctica de cuidado perinatal que articula conocimientos empíricos, transmisión oral, competencias técnicas, valores comunitarios y, especialmente, una fuerte dimensión de género.

La iniciativa multinacional que concluyó en la inscripción fue impulsada por Alemania, Colombia, Chipre, Eslovenia, Kirguistán, Luxemburgo, Nigeria y Togo, y se consolidó tras un proceso de preparación del expediente entre 2019 y 2022. Durante el año 2023, el comité de evaluación destacó el carácter innovador del expediente, subrayando que la partería permitía visibilizar el papel de las mujeres en la salvaguardia del patrimonio vivo y su contribución a la promoción de los derechos humanos y la igualdad de género.

La presente contribución propone un análisis de dicho proceso. Se ponen en diálogo las bases normativas internacionales, las metodologías de salvaguardia aplicadas, la naturaleza del expediente multinacional y las implicaciones que esta inscripción plantea para la ampliación del precepto patrimonial contemporáneo.

DEL PATRIMONIO CULTURAL AL PATRIMONIO VIVO

El campo patrimonial ha experimentado, desde finales del siglo XX, una ampliación conceptual que desplazó el énfasis desde los bienes monumentales hacia expresiones culturales vivas, dinámicas y comunitarias. Esta transición, inicialmente impulsada por la antropología, fue asumida gradualmente por organizaciones internacionales y por los sistemas legislativos nacionales.

La Convención de 1972 para la Protección del Patrimonio Mundial priorizó bienes materiales, especialmente monumentos, conjuntos y sitios. No fue hasta la década de 1990 cuando Unesco incorporó el concepto de “patrimonio vivo” para referirse a manifestaciones cuyo valor reside en prácticas y significados, más que en su soporte físico. La Convención de 2003 dio forma jurídica a esa transición, definiendo el patrimonio cultural inmaterial como los usos, representaciones y conocimientos que las comunidades reconocen como propios y que transmiten intergeneracionalmente.

La Convención de 2003 introduce la noción de salvaguardia, entendida no como conservación material, sino como transmisión, documentación, revitalización y continuidad. Esta reflexión caracteriza el patrimonio como un concepto orgánico y mueble (González-Varas 2015, 22). El papel de la comunidad es central: un elemento solo es patrimonio si es reconocido como tal por sus portadores y no únicamente por instituciones. Esta orientación participativa ha sido señalada como una ruptura respecto a los modelos de patrimonialización anteriores, más centrados en la intervención experta. En este sentido, la inscripción de la partería refuerza la centralidad comunitaria, mostrando cómo redes de parteras –formalizadas o no– pueden actuar como agentes de producción y transmisión patrimonial, que construyen significados y valores en torno a estos bienes (Dormaels 2011, 74).

EL PROCESO DE NOMINACIÓN MULTINACIONAL

La inscripción de la partería se gestó a partir de un proceso multinacional poco frecuente en el ámbito del patrimonio inmaterial. Desde 2017, redes profesionales y comunitarias relacionadas con la partería comenzaron a explorar la viabilidad de una candidatura internacional. La iniciativa fue tomando forma entre 2019 y 2020, cuando ocho países iniciaron la coordinación para elaborar el expediente.

La naturaleza del proceso presenta dos rasgos distintivos:

1. Participación comunitaria transnacional.
2. Carácter intersectorial del expediente.



Semana de atención a niños de 0 a 5 años y a sus madres en el marco de una estrategia avanzada para acercar los servicios a las prácticas culturales de los beneficiarios (Togo, 2018) | foto Association de sage-femme du Togo AS.SA.FE.TO. con el permiso de Unesco



Una matrona mide el tamaño abdominal de una mujer embarazada (Alemania, 2021) | foto Juergen Weiland con el permiso de Unesco



Partero masculino brinda atención y cuidados a mujeres embarazadas con métodos tradicionales (Colombia, 2016) | foto Jaime Acuña Lezama/ Ministerio de Cultura de Colombia con el permiso de Unesco

A diferencia de otras candidaturas en las que los Estados lideran de manera vertical la construcción del expediente, en este caso fueron las propias redes de parteras quienes solicitaron la articulación multinacional y motivaron a los gobiernos para respaldar institucionalmente la propuesta. Destaca también la diversidad socioeconómica de los Estados firmantes: cuatro europeos, uno sudamericano, dos africanos y uno asiático, lo que permitió visibilizar la adaptabilidad cultural de la práctica.

Entre diciembre de 2020 y marzo de 2022 se celebraron reuniones periódicas del grupo de trabajo, con presencia mayoritaria de mujeres, y con participación de autoridades estatales, expertos en Patrimonio Cultural Inmaterial y representantes comunitarios. La pandemia de COVID-19 obligó a una operatividad digital del proceso, hecho que favoreció la continuidad del trabajo y la participación de actores dispersos geográficamente.

El expediente fue oficialmente presentado en 2022 y evaluado durante 2023. La aprobación tuvo lugar en diciembre del mismo año, en Botsuana, en el marco de la 18.^a sesión del Comité Intergubernamental.

La lectura del expediente y de la decisión 18.COM 8.B.26 permite identificar cuatro ejes que fundamentan la legitimidad patrimonial de la partería. En primer lugar, se reconoce el núcleo técnico compuesto por conocimientos empíricos, tradiciones de aprendizaje y competencias formales relacionadas con el cuidado perinatal, la fisiología del parto y la atención posparto. La transmisión de estos saberes combina instrucción oral, observación y práctica, aprendizaje intergeneracional, educación formal especializada e intercambio entre pares, destacando la coexistencia de formas formales y no formales como un rasgo de riqueza cultural. En segundo lugar, el expediente subraya el contexto sociocultural y relacional de la práctica: el ejercicio de la parte-

ría articula vínculos de confianza y acompañamiento entre partera, madre, familia y comunidad, cumpliendo funciones que exceden lo fisiológico, como apoyo emocional, orientación, interpretación cultural del nacimiento, ritualización del proceso y fortalecimiento de la cohesión comunitaria.

Asimismo, se valoró la adaptabilidad y diversidad de la partería, que no constituye un modelo homogéneo, sino un conjunto de prácticas ajustadas a distintos entornos culturales, combinando medicina tradicional, conocimiento herbolario, rituales domésticos y atención sanitaria profesionalizada. Esta flexibilidad cultural se considera un indicador de viabilidad y creatividad del elemento patrimonial. Finalmente, la dimensión ritual y simbólica del nacimiento fue destacada por el Comité: celebraciones, terminologías específicas y gestos rituales dotan de significado el tránsito entre embarazo, parto y puerperio, integrando un componente cultural esencial que refuerza la legitimidad de la partería como Patrimonio Cultural Inmaterial. Como complemento al expediente escrito, se ha producido un documental titulado *Midwifery: Knowledge, Skills and Practices*, que presenta el trabajo desarrollado por los ocho países implicados en la inscripción, en relación con la partería, mostrando sus diferentes formas según los contextos sociales y culturales específicos. En él, las parteras comparten sus experiencias, explican sus prácticas y transmiten sus saberes, mientras que algunas usuarias del servicio relatan sus vivencias y abogan por la salvaguardia de la partería. El documental destaca, además, la integración positiva entre parteras tradicionales y profesionales de la salud, mostrando en varias escenas la aplicación de las mismas prácticas y evidenciando así la riqueza y diversidad cultural del elemento.



Una comadrona anima a una mujer de parto (Chipre, 2018) | foto Birth Days Documentary con el permiso de Unesco

TRÍPODE ANALÍTICO: COMUNIDAD, DERECHOS HUMANOS Y GÉNERO

Una de las singularidades más destacadas del caso de la partería es la convergencia de tres dimensiones que rara vez se articulan explícitamente en expedientes patrimoniales: comunidad, derechos humanos y género. La comunidad no solo reconoce el saber de las parteras, sino que también lo produce, defiende y solicita su patrimonialización, actuando como sujeto de transmisión, agente de salvaguardia y generadora de legitimidad, lo que confirma la centralidad de la participación colectiva según la Convención de 2003, además generar un impacto positivo en la comunidad (Casanovas et ál. 2022, 352). Paralelamente, el Comité subrayó que la partería contribuye al ejercicio efectivo de derechos fundamentales vinculados a la salud reproductiva, la autonomía corporal, el consentimiento informado, el acompañamiento en procesos vitales, el acceso a información y la parentalidad, conectando la inscripción con la agenda internacional de desarrollo sostenible, especialmente los ODS 3, 5 y 10. Por último, la perspectiva de género constituye un eje interpretativo transversal: la práctica, mayoritariamente ejercida por mujeres y situada en un ámbito históricamente feminizado y poco legitimado, visibiliza su papel patrimonial y rompe con la tradición androcéntrica, en la que la participación femenina ha sido subordinada a jerarquías epistémicas que privilegian saberes considerados científicos, destacando que el uso de

La partera comparte con la futura madre sus conocimientos sobre el cuidado infantil, los remedios tradicionales y los rituales dedicados a los niños. Los conocimientos y habilidades tradicionales se han transmitido de generación en generación, de maestro a aprendiz y de madres a hijas (República Kirguisa, 2021) | foto Kyrgyz Alliance of Midwives con el permiso de Unesco



referencias a un pasado masculino predispone a la invisibilidad y ocultación de la participación de las mujeres (Gómez 2004, 2).

EFFECTOS ESPERADOS DE LA INSCRIPCIÓN

La inscripción de la partería como patrimonio cultural, aunque aún no permite medir resultados concretos, proyecta una serie de efectos estratégicos que reconfiguran su estatus social y político. En primer lugar, otorga visibilidad internacional a una práctica históricamente situada en el ámbito sanitario. La patrimonialización opera como un vector simbólico que legitima saberes tradicionalmente considerados domésticos o periféricos, desplazándolos hacia la esfera del patrimonio cultural global y redefiniendo su valor social. Al mismo tiempo, la inscripción fortalece las redes profesionales y comunitarias de parteras, dotándolas de un recurso político que facilita la negociación de espacios de reconocimiento, la mejora de las condiciones de práctica, el diálogo con instituciones sanitarias y la promoción de agendas sobre derechos reproductivos más amplias.

Este proceso también impulsa la legitimación académica de la partería, abriendo líneas de investigación en campos como la antropología médica, la historia de las mujeres, los estudios de género, el patrimonio inmaterial y las políticas públicas de salud. En el caso español, la inscripción representa además una oportunidad concreta, dado que el país ratificó la Convención en 2006 y ha desarrollado instrumentos como el Plan Nacional de Patrimonio Cultural Inmaterial (2011) y la Ley 10/2015, para la salvaguardia del patrimonio cultural inmaterial. En este contexto, el reconocimiento internacional invita a incorporar patrimonios vinculados al cuidado, integrar la perspectiva de género en las políticas patrimoniales, acoger nominaciones de base comunitaria y repensar los límites tradicionales entre sanidad y cultura.

DESAFÍOS PARA LA SALVAGUARDIA FUTURA

La inscripción de un elemento en la Lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial no garantiza automáticamente su preservación ni la continuidad de sus formas de transmisión. En el caso de la partería, este marco revela diversos desafíos estratégicos. Uno de ellos proviene de las tensiones entre modelos de atención, pues la medicalización creciente del parto y la hegemonía del hospital como espacio “natural” de nacimiento han reducido la visibilidad y legitimidad pública de la partería tradicional. En algunos países, las parteras ocupan posiciones ambiguas: son reconocidas como depositarias de un saber cultural, pero reciben escaso reconocimiento dentro del sistema sanitario formal, generando un desajuste institucional que puede dificultar su continuidad. A esto se suma el riesgo de folklorización



Una partera le toma la temperatura a un niño con un termómetro mientras le coloca una vía intravenosa, con la madre observando, en el Centro Médico Mararaba en el estado de Nasarawa (Nigeria) | foto Emmanuel Adeniyi Odekanyin con el permiso de Unesco



Una matrona presta atención a una mujer embarazada durante las celebraciones del Día Internacional de las Matronas en Togo | foto Association de sage-femme du Togo AS.SA.FE.TO. con el permiso de Unesco

inherente a ciertos procesos de patrimonialización, que pueden transformar prácticas vivas en repertorios simbólicos desvinculados de su función original. La partería, sin embargo, no es una *performance* ni una tradición escénica, sino una práctica situada de acompañamiento, cuidado técnico y apoyo emocional, cuyo sentido cultural se vería comprometido si fuera reinterpretada como mero folclore.

Otro desafío clave está vinculado a la transmisión intergeneracional, pues la partería no se desarrolla en contextos domésticos estables, sino en la intersección entre educación formal, redes comunitarias y sistemas sanitarios regulados. Su transmisión exige articular aprendizajes tradicionales, certificación profesional, estándares sanitarios, marcos legales y consenso comunitario, lo que implica negociar distintas epistemologías del cuidado y del conocimiento. Finalmente, es necesario equilibrar las medidas de protección cultural con las exigencias de regulación sanitaria. En algunos contextos, el ejercicio de la partería se encuentra sujeto a normativas estrictas, mientras que en otros se caracteriza por la ausencia total de regulación, generando vacíos de seguridad y reconocimiento. La inscripción, en este sentido, obliga a compatibilizar los principios centrales de la Convención –participación comunitaria, transmisión y diversidad cultural– con las obligaciones estatales en materia de salud pública y seguridad.

CONCLUSIONES

El caso de la partería revela cambios sustantivos en la lógica patrimonial contemporánea. En primer lugar, evidencia una ampliación del canon patrimonial, históricamente acotado a monumentos, paisajes culturales, bienes



muebles, tradiciones artísticas o celebraciones religiosas. La partería se sitúa fuera de este repertorio convencional y su incorporación demuestra que el patrimonio ya no se restringe a las esferas festivas, artísticas o de prestigio, sino que puede abarcar prácticas vinculadas al cuidado, a la salud, a la reproducción social y al cuerpo. Asimismo, el caso introduce el reconocimiento explícito de un patrimonio femenino. Si bien la Convención de 2003 ha facilitado la inscripción de bienes relacionados con mujeres, su presencia sigue siendo minoritaria en el conjunto total de elementos. La partería visibiliza a las mujeres como agentes patrimoniales en sentido pleno: portadoras de saberes técnicos, transmisoras de memoria e interlocutoras políticas, y no únicamente como ejecutoras de roles domésticos. Este desplazamiento contribuye a erosionar fronteras disciplinarias que durante décadas separaron los campos de la salud y la cultura, al mostrar que la atención sanitaria está imbricada con tradiciones, rituales, identidades y procesos de transmisión cultural. La convergencia entre salud y patrimonio refuerza líneas emergentes como la antropología médica y los estudios del cuidado. Finalmente, la inscripción inserta la cuestión patrimonial en agendas internacionales como los derechos sexuales y reproductivos y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, transformando al patrimonio en un vector para políticas globales y no en un simple instrumento de conservación.

En este marco, la inscripción de la partería como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad constituye un caso paradigmático para comprender la expansión contemporánea del campo patrimonial. La nominación multinacional permitió articular comunidades diversas, demostrar la adaptabilidad cultural del elemento y fortalecer las redes de transmisión, cumpliendo con los criterios de la Convención de 2003 al tratarse de un patrimonio vivo, intergeneracionalmente transmitido, reconocido por sus por-

Matrona junto a una pareja durante las clases de preparación al parto (Chipre, 2020) | foto Baby Buddy Forward, cofounded by Erasmus+ con el permiso de Unesco

Utilizando un dispositivo de ultrasonido, la partera comprueba los latidos del corazón del feto bajo la atenta mirada de la hermana del bebé (Alemania, 2021) | foto Juergen Weiland con el permiso de Unesco



Nacimiento y crecimiento: lactancia materna de gemelos (Luxemburgo, 2022) | foto Jessica Theis con el permiso de Unesco

tadores y ligado a funciones socioculturales esenciales. Además, el caso introduce una perspectiva de género en el análisis patrimonial, al visibilizar el papel histórico de las mujeres en la producción, salvaguardia y transmisión del patrimonio inmaterial, contribuyendo a corregir el sesgo androcéntrico de la institucionalidad patrimonial. Su articulación con los derechos humanos y la salud reproductiva amplía aún más el alcance del patrimonio, llevándolo hacia el terreno de las políticas públicas y del desarrollo sostenible. A futuro, el principal desafío radica en evitar que la inscripción dé lugar a una folklorización o descontextualización del elemento. La salvaguardia deberá garantizar la continuidad de la práctica, respetar su diversidad técnica y cultural y asegurar su transmisión en un contexto marcado por la medicalización del parto y por crecientes regulaciones sanitarias. La partería demuestra que el patrimonio también habita en prácticas cotidianas del cuidado, en saberes históricamente deslegitimados y en experiencias femeninas invisibilizadas; reconocerlo implica ampliar los límites mismos del patrimonio humano.

BIBLIOGRAFÍA

- Dormaels, M. (2011) Patrimonio, patrimonialización e identidad. Hacia una hermenéutica del patrimonio. *Revista Herencia*, vol. 24, n.º 1-2
- Gómez, M. (2004) *Patrimonio y género*. Madrid: Editorial Trotta
- González-Varas, I. (2015) *Patrimonio cultural. Conceptos, debates y problemas*. Madrid: Ed. Cátedra
- Casanovas i Boixereu, X., Lafuente Martínez, C., Mónica Luengo Añón, M., Maraña, M., Martínez Yáñez, C. y Tresserras Juan, J. (2022) Efectos de la inscripción de bienes en la Lista del Patrimonio Mundial. *revista PH*, n.º 107, pp. 352-354. Disponible en: <https://doi.org/10.33349/2022.107.5209> [Consulta: 14/05/2026]
- Perrot, M. (2005) *Mi historia de las mujeres*. Barcelona: Paidós
- UNESCO [Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura] (1972) *Convención para la protección del patrimonio mundial*. Disponible en: <https://whc.unesco.org/en/conventiontext/> [Consulta: 12/01/2026]
- UNESCO [Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura] (2003) *Convención para la salvaguardia del patrimonio cultural inmaterial*. Disponible en: <https://ich.unesco.org/es/convention> [Consulta: 12/01/2026]
- UNESCO [Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura] (2022) Hemos alcanzado nuestro objetivo: ¡el reconocimiento de la profesión de comadrona como patrimonio cultural de la humanidad!. Partería incluida en la Lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial de la UNESCO. Disponible en: <https://www.hebammenwesen-weltweit.de/es/> [Consulta: 12/01/2026]
- UNESCO [Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura] (2023) *Decisión 18.COM 8.B.26*. Disponible en: <https://ich.unesco.org/en/decisions> [Consulta: 12/01/2026]

Inventarios de plantas medicinales en Cuba: la comunidad como portadora principal

Roxana González López | Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en Cuba

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6142>

RESUMEN

Reconocer, documentar y proteger los saberes de las comunidades forma parte de la historia, del patrimonio inmaterial que representa el conocimiento y los saberes tradicionales. Cuando este es validado y contextualizado, aún mejor, porque promueve la equidad, el respeto y el amor al ser humano. El Inventario de plantas medicinales: Experiencia cubana es una iniciativa local que muestra un ejemplo concreto del trabajo articulado entre salud, cultura, patrimonio y la comunidad de Quiviján, donde cada ente involucrado aportó su pericia. La comunidad como portadora principal de saberes permitió realizar un inventario de 37 plantas medicinales, que fueron posteriormente investigadas y validadas por el equipo de expertos del Ministerio de Salud Pública de Cuba. A través del diálogo de saberes y talleres de aprendizaje, se compartieron vivencias, costumbres, historias de vida y conocimientos diversos sobre el uso tradicional de las plantas medicinales que formaron parte de este inventario. Para una próxima etapa se prevé la consecución del proyecto en otras comunidades que posean las condiciones para desarrollar un inventario de saberes en medicina tradicional. Las oficinas de OPS/OMS y la Unesco actuaron como entidades asesoras técnicas, brindando acompañamiento especializado en las áreas de salud pública y gestión del patrimonio.

Palabras clave

Comunidad local | Cuba | Documentación | Inventario | Medicina tradicional | Participación | Patrimonio cultural inmaterial | Plantas medicinales | Saberes tradicionales | Salud | Salud pública | Quiviján (Baracoa) |



Representantes de la comunidad participante de Quiviján en talleres de inventario | foto OPS/OMS, fuente de todas las imágenes que ilustran esta contribución

La sabiduría popular y la salud: inventario de conocimientos asociados a la medicina natural y tradicional en la comunidad de Quiviján constituye una iniciativa local orientada a la identificación, documentación y análisis de saberes comunitarios, cuya experiencia se expone en el presente texto.

Para la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), la medicina tradicional y complementaria tiene una larga historia. Define medicina tradicional como: “la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales” (OMS 2013, 15). Y medicina complementaria alude “a un amplio conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de un país dado ni están totalmente integradas en el sistema de salud predominante” (OMS 2013, 15). En algunos países, esos términos se utilizan indistintamente para referirse a la medicina tradicional. Medicina tradicional y complementaria: fusiona los términos y abarca productos, prácticas y profesionales.

Sobre esta base, la OMS desarrolló para el periodo 2014-2023 la Estrategia sobre Medicina Tradicional. En la última década se lograron avances significativos, así lo muestra el *Informe Mundial de la OMS sobre Medicina Tradicional y Complementaria 2019* (OMS 2019) y los datos provisionales de la tercera encuesta mundial de la OMS sobre medicina tradicional, que han mostrado un progreso constante y una tendencia al avance en múltiples áreas.

Recientemente, los Estados Miembros de la OMS, han adoptado la nueva *Estrategia Mundial sobre Medicina Tradicional 2025-2034* (OMS 2024). Esta decisión abre una nueva vía potencial para los sistemas de salud y ofrece todas las herramientas curativas disponibles para la salud y el bienestar. Promueve su uso seguro, eficaz, bajo la búsqueda de evidencias y asegurando que se integre en los sistemas de salud de los países miembros.

Este actual proyecto tiene entre sus objetivos estratégicos fortalecer la base de evidencia científica, optimizar el valor del trabajo intersectorial, brindar apoyo para prestaciones de calidad y principios de regulación adecuados, e integrar la medicina tradicional a los sistemas de salud siempre sobre la base de la seguridad y la eficacia.

La experiencia de proyecto que aquí compartimos (2015-2019) fue el fruto del esfuerzo de dos agencias del Sistema de Naciones Unidas en Cuba, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco) y la representación de la OPS/OMS, así como de instituciones nacionales como el Consejo Nacional de Patrimonio Cultural de Cuba, la Comisión Nacional cubana de la Unesco, autoridades de cultura, repre-



Consejo Popular Quiviján, Baracoa

sentantes del Consejo Popular de Quiviján, los departamentos de medicina natural y tradicional del Ministerio de Salud Pública y sus respectivos departamentos en las direcciones de salud de la provincia de Guantánamo y el municipio Baracoa, y fundamentalmente los pobladores de la comunidad sede de la iniciativa.

La participación de la Unesco fue clave partiendo de sus conocimientos y destreza en el ámbito del patrimonio. Para la Unesco, patrimonio se define como el legado que heredamos del pasado, con el que vivimos hoy en día y que transmitiremos a las generaciones futuras. Nuestro patrimonio cultural y natural constituye una fuente irremplazable de vida y de inspiración (Unesco 2026).

Para el desarrollo de la iniciativa, nos centramos en reconocer y valorar las tradiciones y saberes ancestrales de los pobladores de la comunidad (patrimonio inmaterial), especialmente los relacionados con el uso de plantas medicinales como complemento en la atención de sus dolencias. Como refiere la Unesco, el patrimonio inmaterial es crucial para la identidad cultural, el desarrollo sostenible y la cohesión social. Este conocimiento, al que referimos en nuestra iniciativa, no es tangible, sino que vive en la memoria colectiva, en los usos cotidianos y en las diversas formas de interpretar y actuar de los pobladores de Quiviján.

¿POR QUÉ QUIVIJÁN?

A solicitud de la Unesco y teniendo en cuenta experiencias en el desarrollo de iniciativas previas también relacionadas con el patrimonio.

Quiviján es una comunidad montañosa, conocida por su bello paisaje natural y sus tradiciones. Es un asentamiento atravesado por el río Quiviján, uno de los 72 afluentes del río Toa; ubicado en las proximidades del Parque Nacional Alejandro de Humboldt, está inscrito en la Lista de Patrimonio Mundial de la Unesco en el año 2001. Es un lugar mágico, que atesora la mayor biodiversidad del oriente cubano y lleno de sabiduría por parte de sus pobladores.

La iniciativa incluyó el aprendizaje sobre qué es el patrimonio inmaterial, qué es la Convención 2003, en qué consiste la elaboración de inventarios por parte de los propios portadores del conocimiento y por qué es importante realizar un inventario, así como las diferentes técnicas a utilizar para lograrlo, como la fotografía, la entrevista, la grabación de audios y vídeos. La capacitación fue facilitada por Adriana Molano, experta colombiana especialista de la estrategia de salvaguardia del patrimonio vivo de la Unesco.

Se dedicaron sesiones al diálogo de saberes con los pobladores de la comunidad, metodología usada por la OPS como proceso de comunicación e intercambio entre personas, grupos o comunidades que permite conocer, compartir y construir prácticas saludables.



Pobladores de Quiviján

Achote	Calabaza	Llantén mayor	Naranja agria y naranja dulce	Sábila
Ajenjo	Caña santa	Llantén menor	Orégano	Salvia de Castilla
Aji pimiento	Cebolla	Mango	Pasiflora	Tamarindo
Ajo	Copal	Manzanilla de tierra	Plátano	Tilo
Albahaca Blanca	Culantro	Marañón	Romerillo	Verbena
Albahaca Morada	Eucalipto	Mastuerzo	Romero	Ruda
Anamú	Jengibre amargo y jengibre dulce	Mejorana y limón	Anisón o caisimón de anís	Menta americana o quita dolor

Nombre de las 37 plantas utilizadas por la comunidad de Quiviján y que están registradas como aprobadas por el CECMED

Igualmente se realizaron talleres de aprendizaje, cuya finalidad fue mostrar a los portadores varias formas de expresarse de manera sencilla. Estos compartieron sus vivencias, costumbres y conocimientos sobre el uso tradicional de las plantas medicinales. Se recogieron testimonios, momentos significativos de esa comunidad e historias de vida. Se realizó la “línea del tiempo” o “calendario ecológico” y la “cartografía cultural de las plantas medicinales”.

Desde ese momento se fueron perfilando los líderes del inventario en la comunidad, logrando preparar a siete promotores culturales, diez funcionarios de Salud Pública del municipio, dos funcionarios del Museo Municipal, un funcionario de la Casa de Cultura Municipal, un funcionario del Centro de Patrimonio de Guantánamo, y un funcionario del Consejo Nacional de Patrimonio. Además, compartió su pericia con un grupo de 40 portadores, previamente seleccionados por ellos mismos para conducir las labores de inventarios.

En el primer trimestre de 2016 continuaron las labores de recopilación de saberes. Durante el año 2017, expertos del Ministerio de Salud Pública, después de un arduo trabajo de consulta e investigación sobre la base de la información reportada por el inventario realizado por la Comunidad de Quiviján, lograron identificar por parte de la comunidad 128 plantas con características curativas, de ellas 37 aprobadas por el Centro para el Control Estatal de Medicamentos, Equipos y Dispositivos Médicos (CECMED).

Esta experiencia local es un ejemplo concreto del trabajo articulado entre salud, cultura-patrimonio y participación comunitaria, que reconoce el valor del conocimiento tradicional como complemento al sistema de salud en Cuba. Al promover un inventario comunitario de prácticas, remedios y saberes locales, la iniciativa contribuyó a:

- > Preservar el patrimonio inmaterial relacionado con la medicina natural y tradicional que muchas veces se transmite oralmente y corre el riesgo de perderse.
- > Reforzar la identidad cultural de las comunidades, validando la experiencia local como fuente legítima de conocimiento en salud.



Pobladores de Quiviján participantes en diálogos
Representantes de la comunidad participante en talleres de inventario

- > Fomentar la participación social utilizando la metodología de diálogo de saberes lo que permitió identificar líderes comunitarios en la temática.
- > Contribuir a identificar el potencial de los recursos naturales y del conocimiento autóctono de los pobladores para promover el bienestar, especialmente en tiempos de crisis económica.
- > Apoyar la investigación científica y los procesos de validación de prácticas tradicionales, con miras a su integración segura y efectiva en los servicios de salud.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, se considera que la iniciativa puede ser replicable a otras comunidades. Para el próximo bienio de cooperación 2026-2027, a propuesta del Ministerio de Salud Pública, se prevé trabajar en Topes de Collantes, localidad que pertenece al municipio de Cumanayagua en Cienfuegos y posee condiciones excepcionales para desarrollar una consecución del proyecto de inventario de saberes en medicina tradicional.

Entre sus potencialidades están que alberga comunidades campesinas con fuerte tradición oral, especialmente en el uso de plantas, baños minerales, emplastos, infusiones. Por su ubicación, el equipo de investigación puede vincularse con instituciones educativas o científicas de Sancti Spiritus, Villa Clara y Cienfuegos. Es una comunidad ideal para generar un inventario patrimonial inmaterial, en línea con los principios de la Unesco sobre conocimiento tradicional.

Algunas nuevas oportunidades, sobre la base de las lecciones aprendidas, pudieran ser:



> Hacer un mapeo de actores y portadores de saberes en esa localidad y municipios aledaños.

> Recoger testimonios orales, recetas, prácticas y nombres locales de plantas y sistematizar el conocimiento en diversos formatos.

> Incluir aspectos desde las escuelas de la comunidad.

> Documentar con criterios éticos y de protección del conocimiento el inventario logrado e historias de vida.

> Articular la nueva propuesta a la Estrategia de Municipios, Comunidades y Ciudades Saludables de la OPS/OMS, contextualizada en Cuba como Estrategia de Municipios por la Salud.

En consonancia con esta experiencia de país es el trabajo que realiza el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME), quienes desarrollan La Biblioteca Virtual en Salud sobre Medicinas Tradicionales, Complementarias e Integrativas (BVS MTCI)¹ sobre la que su director João Paulo Souza refiere la importancia de las bibliotecas en este contexto, “porque existe un patrimonio de conocimientos tradicionales en nuestros países que se está perdiendo. Este conocimiento tradicional se traduce en prácticas basadas en recursos naturales originados en la rica biodiversidad de nuestros diferentes biomas y ecosistemas. Así, la pérdida de estos conocimientos no sólo limita el potencial de desarrollo económico y social de las comunidades indígenas, campesinas, ribereñas y forestales, sino que también significa un retraso en el desarrollo científico y tecnológico de los recursos terapéuticos. Téngase en cuenta que una parte significativa, si no la mayoría, de los medicamentos actualmente disponibles tienen su

De izquierda a derecha: Johann Perdomo, director del Departamento de Medicina Natural y Tradicional del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MNT-MINSAP), junto a Roxana González, funcionaria de la OPS/OMS en Cuba y Alejandro Hartman Matos, historiador de la Ciudad de Baracoa

Johann Perdomo, Roxana González y Alejandro Hartman Matos junto a una representante de la comunidad participante en el proyecto

1

En este mismo número, hay una contribución sobre esta biblioteca. Consulta la sección Actualidad, pp. 9-12.

origen en recursos naturales, y el conocimiento tradicional ilumina el camino para identificar nuevos recursos terapéuticos” (OPS 2024).

Así mismo, la iniciativa desarrollada en Quiviján y en planes de continuidad para 2026 está en consonancia con el enfoque de “una salud”, con el estado de “bienestar” y con la nueva Estrategia de la OMS para Medicina Tradicional 2025-2034 que refiere respetar las preferencias culturales, considerando un enfoque inclusivo y colaborativo.

La preservación del conocimiento inmaterial vinculado a la medicina tradicional representa una oportunidad para enriquecer los sistemas de salud con prácticas que han demostrado su eficacia a lo largo del tiempo. Reconocer, documentar y proteger estos saberes forma parte de la historia de las comunidades. Este patrimonio inmaterial, cuando es validado y contextualizado, puede complementar la medicina convencional y promover la equidad. Su sistematización y salvaguarda constituyen pasos cruciales para políticas más inclusivas y sostenibles.

BIBLIOGRAFÍA

- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2013) *Estrategia de la OMS sobre la medicina tradicional 2014-2023*. Hong Kong: OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241506096> [Consulta: 04/05/2026]
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2019) *WHO global report on traditional and complementary medicine 2019*. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/978924151536> [Consulta: 04/05/2026]
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2024) *Proyecto de estrategia mundial sobre medicina tradicional 2025-2034*. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-08/borradorestrategia-mtci-draft-tm-strategy-2025-2034-para-consulta-regional-espanol.pdf> [Consulta: 12/03/2026]
- OPS/OMS [Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud] (2019) *La sabiduría popular y la salud. Inventario de conocimientos relacionados con la medicina natural y tradicional: Quiviján, una experiencia local*. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstreams/bd9255af-661b-4be0-bc47-799927b0f873/download> [Consulta: 12/03/2026]
- OPS [Organización Panamericana de la Salud] (2024) *Desarrollo de la Biblioteca Global de Medicina Tradicional de la OMS es coordinado por BIREME*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/30-4-2024-desarrollo-biblioteca-global-medicina-tradicional-oms-es-coordinado-por-bireme> [Consulta: 04/05/2026]
- Telecentro Solvisión (2022) *Salvaguarda del patrimonio inmaterial relacionado con la medicina natural y tradicional*. Disponible en: <https://www.facebook.com/watch/?v=760392621718019> [Consulta: 06/05/2026]
- UNESCO [Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura] (2026) *Patrimonio mundial*. Disponible en: <https://www.unesco.org/es/world-heritage> [Consulta: 04/05/2026]

Música para recordar, cantar y curar: creación del Fondo digital de recuerdos musicales

Guillermo Giner, Enrique Meseguer | Fundación Músicos por la Salud

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6091>

RESUMEN

Música para recordar, cantar y curar es un proyecto innovador que busca recuperar canciones que han caído en el olvido, acercándose a residencias de la tercera edad en distintas poblaciones y evocando recuerdos musicales de personas mayores que han desarrollado enfermedades que causan deterioro cognitivo, como el Alzheimer (con nombre común “alzhéimer”) u otro tipo de demencias. El proyecto se implementó desde enero de 2024 hasta diciembre de 2024 y se desarrolló en dos fases. En una primera fase se realizaron intervenciones musicales en directo (microconciertos) de músicos de la Fundación Músicos por la Salud, con fines de promoción de la salud y la mejora del bienestar de las personas mayores en catorce centros residenciales. Estas intervenciones crearon un vínculo estrecho entre músicos y residentes, dando lugar a la segunda fase: la activación de la memoria musical de las personas beneficiarias del programa. El proyecto está dirigido a impactar en la salud y el bienestar de las personas mayores mediante la música, así como a preservar el patrimonio musical inmaterial mediante el reconocimiento de las canciones locales recordadas como prácticas culturales vivas que fomentan las relaciones sociales, emocionalmente cargadas de significados que dan sentido a la vida en colectividad ayudando a las personas a lo largo de su proceso de envejecimiento. El resultado principal del proyecto es la creación del Fondo digital de recuerdos musicales, un formato accesible que supone una contribución a la preservación del patrimonio cultural al convertir el registro de las canciones recordadas por las personas mayores en un valor transmisible entre generaciones.

Palabras clave

Bienestar | Fondo digital | Fundación Músicos por la Salud | Memoria | Microconciertos | Música | Música para recordar, cantar y curar | Patrimonio audiovisual | Patrimonio cultural inmaterial | Patrimonio musical | Personas mayores | Políticas públicas | Prevención | Promoción | Registro | Salud comunitaria | Salud integral | Sistemas sanitarios | Tercera edad |



Microconcierto de Músicos por la Salud en una residencia en Madrid | foto Fundación Músicos por la Salud (Ana Palacios), fuente de todas las imágenes que ilustran la contribución

FUNDACIÓN MÚSICOS POR LA SALUD

La Fundación Músicos por la Salud lleva más de 10 años ofreciendo a más de 600.000 personas el concierto de su vida, acercando la música allí donde más se necesita. Sus microconciertos han llegado a 552 centros de todo el país –76 hospitales y 476 centros sociosanitarios–, generando más de 43.310 intervenciones musicales con un enfoque profesional, basado en un método de desarrollo propio y con impacto demostrado científicamente.

Detrás de cada intervención hay un compromiso colectivo: más de 3.150 músicos adheridos que ponen su talento al servicio del bienestar social. La entidad trabaja con la metodología diferencial de Músicos por la Salud, registrada y validada científicamente tras más de 6 años de investigación y centrada en el formato de microconciertos como intervención para mejorar la salud.

Los microconciertos son sesiones breves de 20-30 minutos, cercanas y participativas, diseñadas para generar una experiencia emocionalmente significativa. Se construyen a partir de un repertorio emocionalmente relevante, elegido por las propias personas, favoreciendo la conexión, la expresión y el bienestar en entornos sanitarios y sociosanitarios.

LAS POLÍTICAS EUROPEAS Y LAS EVIDENCIAS SOBRE CULTURA Y SALUD

Culture For Health Report (Zbranca et ál. 2022) es un informe que sintetiza y evalúa la evidencia existente sobre la contribución de la cultura –incluyendo las artes, como la música, y la participación cultural– a la salud y al bienestar de las personas y las comunidades, así como las implicaciones de esta relación para el diseño de políticas públicas en el ámbito europeo. El documento parte de una revisión de la literatura que compila y organiza el volumen, los enfoques metodológicos y los resultados de una literatura diversa sobre intervenciones culturales, identificando además vacíos de conocimiento y proponiendo recomendaciones dirigidas a responsables de políticas en los ámbitos sanitario, cultural y social.

El informe parte del reconocimiento de que los sistemas de salud convencionales han tendido históricamente a centrarse en el tratamiento de la enfermedad, mientras que los desafíos contemporáneos –como la crisis de salud mental exacerbada por la pandemia, el envejecimiento poblacional, las crecientes desigualdades y los desplazamientos forzados– exigen enfoques integrales que integren la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En este contexto, la cultura y las artes se presentan como recursos complementarios significativos que pueden reforzar tanto la salud subjetiva como la cohesión comunitaria, contribuyendo a un “modelo de economía del

bienestar” que pone el bienestar de las personas y las comunidades en el centro de las políticas públicas.

Por otra parte, el informe evidencia la emergencia de este nuevo campo de conocimiento y prácticas, así como su sostén teórico y metodológico gracias a la publicación de numerosos documentos sobre la intersección entre arte, cultura y salud, como los respaldados por organizaciones tan relevantes como la Organización Mundial de la Salud (Fancourt y Finn 2019). Por lo tanto, estos trabajos plantean una base conceptual y política que favorece la formulación de estrategias más integradas de bienestar, subrayando el papel de la cultura no solo como herramienta terapéutica o recreativa, sino como un componente relevante de las políticas de salud preventiva, promocional y comunitaria en contextos europeos. En este sentido, las evidencias recogidas en estos informes ofrecen un marco de referencia especialmente pertinente para comprender y situar el impacto potencial del programa Música para recordar, cantar y curar en el contexto más amplio de las políticas europeas de salud y bienestar, al subrayar que la cultura y las artes desempeñan un papel significativo en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la mejora de la calidad de vida, especialmente en situaciones de vulnerabilidad y en entornos institucionales donde la experiencia asistencial puede resultar estresante o conducente a la despersonalización.

En consonancia con esta evidencia, el programa Música para recordar, cantar y curar –centrado en la realización de microconciertos presenciales y/o telemáticos mediante la metodología diferencial Músicos por la Salud en residencias geriátricas– se presenta como una intervención alineada con las mejores prácticas identificadas a nivel europeo.

EL PROYECTO INNOVADOR MÚSICA PARA RECORDAR, CANTAR Y CURAR

Música para recordar, cantar y curar es un proyecto innovador financiado por el Ministerio de Cultura del Gobierno de España. Busca recuperar canciones que han caído en el olvido, acercándose a residencias de la tercera edad en distintas poblaciones con el objetivo de activar recuerdos musicales de personas mayores de 65 años que han desarrollado enfermedades que causan un deterioro cognitivo, como el alzhéimer u otros tipos de demencia. El marco temporal del proyecto abarca desde enero hasta diciembre de 2024 y se desarrolló en dos fases. En una primera fase se realizaron las intervenciones musicales en directo de músicos y voluntarios, con fines de promoción e impacto en la salud y el bienestar de las personas mayores en catorce centros residenciales. Estas intervenciones crearon un vínculo entre los músicos y los residentes en centros geriátricos de la Comunidad Valenciana, que permitió iniciar la segunda fase del proyecto: la activación de la memo-



Microconcierto de Músicos por la Salud en una residencia en Comunidad Valenciana

ria musical de los beneficiarios del programa. En este sentido, también es un proyecto que busca la preservación del patrimonio musical inmaterial y la promoción de las canciones locales como prácticas culturales vivas que fomentan las relaciones sociales, emocionalmente cargadas de significados y memoria, y que dan sentido a formas de vida en colectividad que ayudan a las personas a lo largo de su proceso de envejecimiento.

Dentro del colectivo de personas mayores, la soledad afecta cada vez a un mayor número de población. Independientemente del tipo de vivienda o centro en el que residan, o el ámbito urbano o rural de su residencia, confirman sentirse cada vez más aislados. Los centros sociosanitarios, residencias o centros de día en algunos casos suponen un ambiente hostil, que puede generar un deterioro de las facultades de los internos debido a la tristeza provocada por la nueva situación de dependencia. Sumado a esto, la sensación de desconocimiento, incertidumbre, soledad, miedo y confusión genera patrones de baja autoestima, represión emocional, estrés y nerviosismo. Todos estos hechos provocan una situación de exclusión social haciendo a este colectivo aún más vulnerable.

Esta soledad puede generar una estigmatización del colectivo, llegando a la exclusión social y perdiendo de vista las necesidades reales del mismo. Por eso, el programa Música para recordar, cantar y curar busca acompañar a las personas mayores, familias, cuidadores y personal sanitario a través de las actuaciones de los intérpretes musicales. Promocionando la participación de las personas en los microconciertos, se ayuda a salir de la situación de exclusión social en la que puedan encontrarse las personas del colectivo de mayores.

Los programas para fomentar el envejecimiento activo mediante la promoción de la participación e interacción interpersonal son algunas de las opciones óptimas que existen para hacer frente al deterioro cognitivo y social causado por estas enfermedades. Un estudio reciente del estado actual de la investigación sobre el papel de la música en el bienestar de las personas mayores (Siltainsuu y Peltola 2024) identifica cinco mecanismos principales a través de los cuales la música puede favorecer el bienestar en este grupo de edad:

- > Bienestar a través de intervenciones musicales para la rehabilitación cognitiva y física;
- > Bienestar a través de la participación social en actividades musicales grupales;
- > Bienestar a través de la participación individual en actividades musicales capaces de evocar emociones, conexión con uno mismo, y la búsqueda de sentido;
- > Bienestar mediante el apoyo de la música a los entornos sociales que rodean a las personas mayores;
- > Bienestar mediante la participación en actividades musicales más accesibles y adaptadas al contexto, las necesidades especiales y los cambios físicos o mentales debidos a la edad.

En el tercer mecanismo destaca la capacidad de la música para evocar imágenes y recuerdos vívidos, ya que recordar el pasado con música favorece el trabajo de identidad y el envejecimiento satisfactorio. En este sentido las personas con desórdenes de la memoria, como los producidos por la demencia y la enfermedad de Alzheimer, son uno de los grupos objetivo más frecuentes en este tipo de intervenciones musicales que buscan mejorar su bienestar.

Como conclusión, la música sirve en la mayoría de los casos para potenciar las relaciones de la persona afectada con su entorno, hacer más fácil el trabajo de la persona cuidadora y ofrecer un elemento de cohesión con la familia. La música es parte fundamental de los programas de envejecimiento activo que se ofrecen a las personas mayores. De esta forma, el programa Música para recordar, cantar y curar es un aliado clave.

UNA METODOLOGÍA DIFERENCIAL DE DESARROLLO PROPIO

La metodología aplicada por Músicos por la Salud se fundamenta en la realización de microconciertos con repertorios seleccionados directamente por las personas beneficiarias. Este enfoque promueve el uso de música emo-



Microconcierto de Músicos por la Salud en una residencia en Madrid

cionalmente significativa, estrechamente vinculada a recuerdos y experiencias personales, lo que incrementa su capacidad evocadora y potencia la aparición de respuestas afectivas y memorias más vívidas. La literatura científica respalda este planteamiento, señalando que la música desempeña un papel esencial en la activación de la memoria autobiográfica, especialmente en personas con deterioro cognitivo o dificultades asociadas a la memoria retrógrada, pudiendo incluso constituir una herramienta preventiva frente al declive cognitivo (Moreira, Justi y Moreira 2018). El simple hecho de escuchar o cantar canciones conocidas es capaz de activar recuerdos del pasado y fortalecer los procesos de memoria autobiográfica. Diversos estudios han demostrado que la música, al estar estrechamente asociada a emociones y eventos del pasado, facilita la aparición de un intenso sentimiento de reconocimiento, incluso cuando no se recuerdan detalles concretos como el título o la letra de la pieza musical (Platel et ál. 2003; Jäncke, 2008). Estos hallazgos subrayan la profunda relación entre música y memoria emocional, consolidando su papel como un mecanismo favorecedor del acceso a recuerdos significativos.

La incorporación de dinámicas complementarias –como la identificación de canciones, estribillos o intérpretes, junto con actividades lúdicas de adivinanza– contribuye a estimular el recuerdo y la atención. Este tipo de interacciones favorece la reactivación de memorias a través de mecanismos vinculados a la memoria implícita (Jäncke 2008), reforzando tanto la conexión emocional con la música como la capacidad de evocación espontánea de experiencias anteriores. El programa de microconciertos emocionales se orienta, en definitiva, a mejorar la calidad de vida de las personas con Alzheimer y otros tipos de deterioro cognitivo, promoviendo la participación social,



Microconcierto de Músicos por la Salud en una residencia en Madrid

el bienestar emocional y un envejecimiento más activo. Al mismo tiempo, facilita la conexión del individuo con su entorno inmediato y con recuerdos relevantes de su biografía, aspecto crucial para preservar la identidad personal en contextos de vulnerabilidad cognitiva.

Finalmente, esta metodología de desarrollo propio recoge los hallazgos y evidencias de estudios recientes sobre el efecto positivo de la música y otras artes en la promoción de la salud y el bienestar, como es el caso de la mejora en la relajación y en la reducción del estrés a través de factores fisiológicos y psicológicos (de Witte et ál. 2020; McCrary, Redding y Altenmüller 2021).

IMPACTO Y RESULTADOS DEL PROYECTO: LA CREACIÓN DEL FONDO DIGITAL DE RECUERDOS MUSICALES

Los resultados de la encuesta empleada para evaluar el impacto en los beneficiarios del programa indican que los microconciertos contribuyeron de forma significativa en la estimulación cognitiva de los participantes, en sus relaciones interpersonales y en el fomento de la cohesión social entre las personas mayores residentes. Por otra parte, los resultados del programa reflejan un impacto altamente positivo en los centros sociosanitarios. Las evaluaciones muestran una alta satisfacción tanto con el proyecto en general como con la calidad de las sesiones musicales.

Además, los datos de la encuesta y las observaciones de los profesionales sociosanitarios indican que los microconciertos han contribuido significativamente al bienestar de los participantes. Se observa una mejora en la comu-



Página web del Fondo digital de recuerdos musicales

nicación, la confianza y el estado emocional de los pacientes, así como una percepción positiva de la intervención musical entre el personal sanitario y los familiares.

En conclusión, la implementación de la música en el entorno sociosanitario ha demostrado ser una herramienta eficaz para humanizar la atención, mejorar la experiencia de los usuarios y fomentar la interacción social, respaldando la idea de que la música y la salud están estrechamente conectados.

LA EXPERIENCIA DE UN MÚSICO DE LA FUNDACIÓN MÚSICOS POR LA SALUD EN LA RECUPERACIÓN Y CONSERVACIÓN DE LOS RECUERDOS MUSICALES

En todas las culturas, la música se ha utilizado para contar historias, expresar sentimientos y celebrar acontecimientos importantes. Por esta razón, con el objetivo de preservar y compartir un patrimonio musical que, en muchos casos, solo pervive en la memoria de las personas mayores, la Fundación Músicos por la Salud impulsa dentro de este proyecto la creación de un Fondo digital de recuerdos musicales. Este fondo nace como un archivo abierto y accesible que reúne canciones, coplas, romances y fragmentos musicales vinculados a vivencias personales, tradiciones familiares y repertorios locales, recuperados mediante los microconciertos en residencias y centros sociosanitarios. A través de la recopilación, la documentación y la grabación de estos recuerdos, el proyecto busca evitar que se pierdan tradiciones musicales y, al mismo tiempo, reconocer el valor cultural que proporciona la música al constituirse como puente entre generaciones.

En el marco de los microconciertos de la Fundación Músicos por la Salud, el trabajo de recopilación de canciones olvidadas ha surgido a partir del encuentro sostenido de 200 microconciertos entre los músicos y voluntarios y las personas mayores en residencias y centros sociosanitarios durante el año 2024. Los microconciertos –concebidos como experiencias breves, cercanas y participativas– han abierto un espacio de confianza en el que la música no solo acompaña, sino que también activa recuerdos, identidades y relatos de vida. En ese contexto, el repertorio deja de ser únicamente un conjunto de piezas musicales para convertirse en un puente hacia la memoria autobiográfica y el patrimonio cultural inmaterial.

Uno de los músicos que participó en el programa, tras un periodo previo de dos meses de encuentros con las personas mayores en los centros a través de microconciertos, creó una relación de confianza y un proceso sistemático de entrevistas, en las que los residentes compartían recuerdos asociados a la infancia y a la transmisión familiar de canciones. Estas entrevistas se plantearon como conversaciones guiadas por la escucha activa: se partía de un

motivo musical, una frase o una referencia contextual (fiestas, escuela, trabajo en el campo o celebraciones religiosas), y se reconstruía, paso a paso, el contenido de cada pieza. El procedimiento de recuperación se apoyó en una dinámica sencilla y, a la vez, exigente: recordar a través de la música. En cada encuentro se trabajaba sobre palabras sueltas, giros lingüísticos y estrofas que emergían de forma intermitente. De estas conversaciones se extraían melodías incompletas, estribillos fragmentados y letras a medias que las personas mayores evocaban con notable emoción.

Cada pieza registrada se sometió a una consulta bibliográfica y referencial para contrastar letras, variantes y procedencias. Se revisaron cancioneros y repertorios publicados, así como fuentes digitales (hemerotecas, plataformas de patrimonio sonoro, repositorios especializados y búsquedas en internet). Este contraste permitió, cuando fue posible, identificar títulos alternativos, localizar versiones cercanas y documentar diferencias léxicas o métricas propias de la transmisión oral. En los casos en que no se hallaron referencias –como ocurrió con parte del repertorio aportado por una de las residentes –, las transcripciones quedaron registradas como material singular de alto valor para el patrimonio musical documental y sonoro, con anotaciones sobre contexto, lugar, lengua y circunstancias del recuerdo, para facilitar futuras investigaciones.

El canto colectivo –a menudo impulsado por una sola voz que se atrevía primero – facilitaba la reaparición de versos olvidados. En ocasiones, la memoria se activaba por asociación: una melodía conducía a otra, y un villancico abría la puerta a una jota, un gozo o un romance.

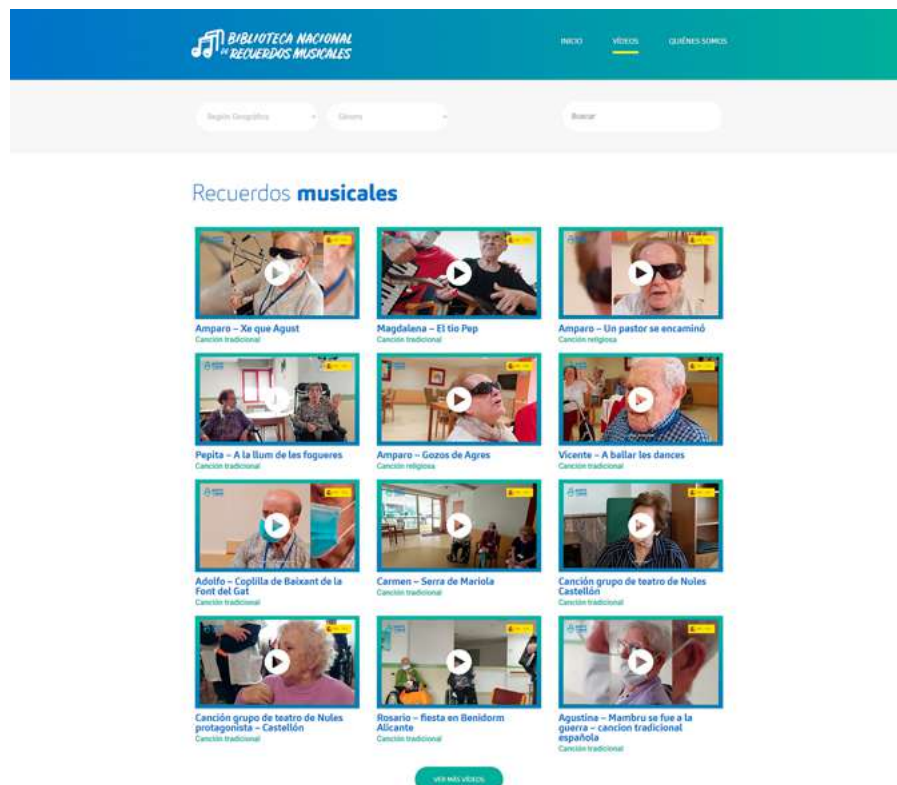
Por otro lado, se observó que una parte relevante del repertorio emergía vinculado a momentos concretos del calendario que actuaban como deto-



Músicos por la Salud entrevistando a una de las residentes en una residencia



Mayores cantando una canción del Fondo digital de recuerdos musicales en una residencia de mayores en Castellón



Buscador de canciones recuperadas en la página web del Fondo digital de recuerdos musicales

nantes de la memoria. Períodos como la Pascua, la Navidad, las fiestas patronales, romerías, celebraciones locales y festividades de santos activaban recuerdos asociados a la infancia, la vida comunitaria y las prácticas familiares. En esos contextos, los residentes evocaban con mayor nitidez melodías, coplas y estribillos aprendidos en la iglesia, en la escuela o en la calle, y la música operaba como una llave que abría la puerta a escenas completas: procesiones, comidas, juegos, trabajos del campo o reuniones vecinales. Esta dimensión estacional y festiva subraya, además, el valor cultural de las canciones recopiladas, al evidenciar su función social como marcadores de identidad, pertenencia y continuidad intergeneracional. Tras el proceso de búsqueda de las canciones se realizaba una grabación final, como testimonio sonoro del recuerdo recuperado y parte de esa entrevista que da contexto a ese recuerdo. Una vez reunidas las grabaciones, se desarrolló un proceso de clasificación y organización del material con el fin de garantizar su preservación, consulta y análisis. Esta sistematización se estructuró en dos niveles complementarios: por un lado, una clasificación territorial que ordena los registros por regiones geográficas de España, permitiendo identificar variantes locales y patrones de transmisión; y, por otro, una clasificación por género y tipología que agrupa los contenidos según su naturaleza expresiva y funcional. De este modo, las canciones se distinguen

entre canción religiosa, canción tradicional, dichos, jotas, poemas, romances, seguidillas y villancicos, facilitando la localización de cada pieza, la comparación entre versiones y la puesta en valor del patrimonio musical recuperado.

Este trabajo permitió identificar núcleos territoriales de especial relevancia, destacando numerosas recopilaciones procedentes de la Comunidad Valenciana y de Aragón. Dada su proximidad –y también los movimientos de población a lo largo del tiempo–, en ambas comunidades apareció un repertorio de tradición oral que abarca tanto lo profano como lo religioso: villancicos, gozos, jotas y otras formas populares vinculadas a la vida cotidiana, el trabajo, las festividades y la devoción. En la Comunidad Valenciana, además, se constató la convivencia de materiales en castellano y valenciano.

CONCLUSIÓN

La creación del Fondo digital de recuerdos musicales en un formato abierto y accesible supone una contribución a la preservación del patrimonio cultural, porque convierte las vivencias sonoras –canciones asociadas a momentos vitales, tradiciones familiares, repertorios locales, música de migración, fiestas y duelos– en un archivo común que documenta quiénes somos como sociedad. Cada grabación recuperada es, a la vez, una forma de documentar el patrimonio inmaterial musical y un acto de reconocimiento: la confirmación de que la memoria de quienes cantaron antes sigue teniendo un lugar en el presente. A su vez, este tipo de experiencias muestra las enormes posibilidades de aplicación terapéutica de la música cuando colaboran artistas, pacientes y personal sanitario aplicando una metodología apropiada para la mejora de la salud y el bienestar.

Gracias a este trabajo se han recuperado canciones tradicionales, jotas, canciones religiosas, villancicos, poemas, romances y seguidillas de diferentes regiones geográficas, fortaleciendo la transmisión intergeneracional y protegiendo la diversidad cultural frente al olvido. Este bien de interés cultural puede consultarse mediante búsqueda por región y género en la página web del Fondo digital de recuerdos musicales.

BIBLIOGRAFÍA

- De Witte, M., Spruit, A., van Hooren, S., Moonen, X. Y Stams, G.J. (2020) Effects of music interventions on stress-related outcomes: a systematic review and two meta-analyses. *Health Psychology Review*, vol. 14, n.º 2, pp. 294-324
- Fancourt, D. y Finn, S. (2019) *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being?* A scoping review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network [HEN] synthesis report 67). Disponible en: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289054553> [Consulta: 12/02/2026]
- Jäncke, L. (2008) Music, memory and emotion. *Journal of Biology*, vol 7, n.º 21, pp. 1-5
- McCrary, J.M., Redding, E. y Altenmüller, E. (2021) Performing arts as a health resource? An umbrella review of the health impacts of music and dance participation. *PLoS ONE*, vol. 16, n.º 6, pp. 1-18
- Moreira, S.V., Justi, F.R.R. y Moreira, M. (2018) Can musical intervention improve memory in Alzheimer's patients? Evidence from a systematic review. *Dementia & Neuropsychologia*, vol. 12, n.º 2, pp. 133-142
- Platel, H., Baron, J.C., Desgranges, B., Bernard, F. y Eustache, F. (2003) Semantic and episodic memory of music are subserved by distinct neural networks. *NeuroImage*, vol. 20, n.º 1, pp. 244-256
- Siltainsuu, H. y Peltola, H.R. (2024) Music as Support for Older Adults' Wellbeing: A Scoping Review. *Music & Science*, vol. 7, pp. 1-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/20592043241268721> [Consulta: 06/05/2026]
- Zbranca, R., Dâmaso, M., Blaga, O., Kiss, K., Dascăl, M.D., Yakobson, D. y Pop, O. (2022) *CultureForHealth Report. Culture's contribution to health and well-being. A report on evidence and policy recommendations for Europe*. Disponible en: https://www.cultureforhealth.eu/app/uploads/2023/02/Final_C4H_FullReport_small.pdf [Consulta: 12/02/2026]

Centro de Plantas Medicinales de Tejeda en Gran Canaria: patrimonio, ciencia y turismo sostenible

Isidro Guzmán Marrero García | Centro de Plantas Medicinales de Tejeda

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6074>

RESUMEN

El Centro de Plantas Medicinales de Tejeda (Gran Canaria) constituye una experiencia única de valorización del patrimonio etnobotánico canario que articula tradición, divulgación científica y sostenibilidad territorial. El proyecto se orienta a la recuperación y transmisión de los conocimientos tradicionales asociados al uso terapéutico de las plantas, integrándolos en un dispositivo museológico moderno que combina exposición, educación ambiental y turismo responsable. A través de recursos materiales, espacios interpretativos y programas formativos, el centro promueve el diálogo entre saberes tradicionales y enfoques actuales de conservación y salud, favoreciendo además el intercambio intergeneracional. Su implantación contribuye a la diversificación de la oferta cultural y turística de Tejeda, reforzando la identidad local y el vínculo entre patrimonio natural y comunidad. Con ello se pone de relieve el potencial de los centros de interpretación como herramientas activas para la salvaguarda del patrimonio cultural inmaterial en contextos rurales.

Palabras claves

Gran Canaria | Centros de interpretación | Centro de Plantas Medicinales de Tejeda | Divulgación | Educación ambiental | Etnobotánica | Museos | Patrimonio cultural inmaterial | Patrimonio natural | Plantas medicinales | Recuperación | Saberes populares | Salud | Tejeda |



Centro de Plantas Medicinales | foto Ayuntamiento de Tejada, fuente de todas las imágenes que ilustran esta contribución si no se indica lo contrario

En el corazón de Gran Canaria, el municipio de Tejeda se erige como uno de los enclaves más singulares del archipiélago. Reconocido por su belleza paisajística y su riqueza cultural, pertenece a la asociación de Los Pueblos más Bonitos de España desde 2015. Este municipio ha sabido conjugar tradición y modernidad en proyectos que buscan preservar la identidad local y fomentar el desarrollo sostenible. Entre estas iniciativas destaca el Centro de Plantas Medicinales de Tejeda-Gran Canaria, un espacio concebido para rescatar el conocimiento ancestral sobre las plantas y su uso terapéutico, integrándolo en una propuesta museológica innovadora y única en todo el conjunto del territorio español. Todo ello utilizando los recursos de su propia cultura y conocimiento del mundo natural, derivado de las condiciones en las que se localiza el municipio.

Analizaremos el origen, fundamentos y objetivos del centro, su impacto sociocultural y económico, así como los retos y oportunidades que enfrenta en el contexto actual. Más allá de ser un recurso turístico, el centro constituye un laboratorio vivo de educación ambiental, investigación y divulgación científica, que conecta la memoria histórica con las demandas contemporáneas de sostenibilidad.

ORIGEN Y FUNDAMENTOS DEL PROYECTO

El proyecto del Centro de Plantas Medicinales fue impulsado por el Ayuntamiento de Tejeda con el asesoramiento del Gabinete de Estudios Patrimoniales Tibicena, siendo inaugurado en 2007. Su creación responde a la necesidad de revalorizar las prácticas tradicionales vinculadas a la reco-



Tejeda-Gran Canaria

lección, cultivo y uso de plantas medicinales, actividades que han formado parte del acervo cultural canario desde tiempos prehispanicos. Todo ello ha sido posible gracias a la colaboración entre botánicos, antropólogos, médicos e historiadores. La propuesta museológica se ubica en una antigua escuela rehabilitada, lo que añade un valor histórico y arquitectónico al espacio. Se encuentra localizado en el Barranquillo del Peñón, dentro del casco urbano de Tejeda. La filosofía del centro se va a desarrollar en tres pilares fundamentales:

1. Educación ambiental: Desde esta área se intenta desarrollar una cultura de autoabastecimiento del mundo natural, utilizando recursos propios que se encuentran en el entorno, y de esta forma dar a conocer y promover todos los conocimientos sobre la flora medicinal y su importancia en la salud y el equilibrio ecológico.

2. Difusión cultural y tradición: El centro nace con la idea primaria de no perder toda la tradición que se encuentra en el territorio sobre la flora medicinal, sus propiedades y los usos que se le han dado. Aquí cabe destacar la figura del Doctor José Domingo Hernández Guerra que, si bien no se dedicó enteramente al mundo natural, sí se conecta a este mediante la recolección de plantas en la zona para realizar algunas pruebas o investigaciones. Es una de las figuras más relevantes de la historia de este municipio y cuenta con un amplio currículum, siendo uno de los grandes impulsores de la fisiología en España. Alumno de Santiago Ramón y Cajal, coincidió en la Residencia de Estudiantes con figuras como Juan Ramón Jiménez, Salvador Dalí, Luis Buñuel, Federico García Lorca, Miguel de Unamuno, Manuel de Falla, entre otros. Elaboró, junto a Severo Ochoa, el manual *Elementos de Bioquímica* (1927), obra fundamental para la enseñanza médica en España. Falleció prematuramente a los 35 años.

3. Turismo sostenible: Ofrecer experiencias que integren naturaleza, ciencia y cultura, contribuyendo al desarrollo socioeconómico local. Con este desarrollo obtendremos un corpus de plantas medicinales de la zona, no sólo de aquellas que se pueden encontrar en el monte, sino de otras muy valoradas y que hemos aprendido a domesticar en nuestros jardines. Estas serán especies capaces de adaptarse al clima extremo del lugar en algunas estaciones y aportar un gran número de principios activos, resguardando con su cultivo parte de toda aquella sabiduría que se encuentra en este entorno.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y MARCO CONCEPTUAL

La relación entre plantas y salud es tan antigua como la humanidad. Desde los herbarios de Mesopotamia y Egipto hasta la farmacopea griega y romana, pasando por la botica medieval y la revolución química del Renacimiento, la



Withania aristata (Orobal) | Lámina creación propia

historia de la medicina está íntimamente ligada al mundo vegetal. De hecho, en la actualidad se buscan en diferentes zonas del mundo plantas que contengan principios desconocidos que puedan ayudar a mejorar otros o que por ellos solos nos ayuden con muchas de las enfermedades que conocemos. Paralelamente a los avances científicos, el mundo natural sigue ofreciéndonos claves en beneficio de nuestra salud a corto y largo plazo.

En Canarias, el uso de las plantas medicinales se remonta a la etapa prehistórica, con especies endémicas empleadas en rituales y tratamientos. Tras la conquista, se incorporaron nuevas especies y técnicas, configurando un saber híbrido que hoy se reivindica como patrimonio cultural. Canarias cuenta con más de 500 especies y alrededor de 200 de ellas pueden contener alguna propiedad medicinal. Destacando algunos ejemplos como el drago (*Dracaena draco*), del cual utilizamos su savia llamada también “sangre de drago” y que se emplea como astringente y cicatrizante, o la ratonera (*Forsskaolea angustifolia*). Esta última es diurética, antiinflamatoria y contribuye a mejorar el rendimiento del hígado y de los riñones dañados. Otro ejemplo sería el “Orobal” o *Withania aristata*. Probablemente se trate de la especie medicinal que, en Canarias, tiene mayor número de posibles aplicaciones medicinales, de las que cabe destacar su uso para la artrosis en diferentes formas, como lavativas o baños, o el uso de sus aceites como remedio de las otitis, entre muchos otros (diurética, espasmolítica, analgésica, anestésica, somnífera, oftálmica, antiasmática, antirreumática, laxante, dermatológica, tónico hepático, incluso afrodisíaca). En palabras de nuestros mayores, “una planta para todo”.

DISEÑO MUSEOLÓGICO Y MUSEOGRÁFICO

El centro está diseñado como un espacio interactivo dividido en varias áreas temáticas:

> Sala expositiva

En esta sala viajamos por los diferentes aspectos evolutivos de la medicina, contamos las propiedades de las plantas más comunes, cómo llegaron algunas de otros continentes a Canarias, la importancia de la mujer en este saber ancestral, un corto recorrido audiovisual sobre diferentes formas de preparación con sus principios activos. En una segunda parte veremos cómo esta medicina natural va evolucionando hasta llegar a los boticarios, y para ello contamos con una botica original del siglo XIX, perteneciente a la familia Codorniu Quevedo, quienes ejercieron el oficio de boticarios en el municipio de Arucas. Al finalizar su labor como tales, deciden donarla al Museo Canario, desde donde llega en depósito al Centro de Plantas Medicinales de Tejeda. Cuenta con estanterías de madera repletas de frascos y recipientes, conservando algunos de ellos su materia prima originaria.

> Sala polivalente

Este espacio está dedicado a la experimentación directa. Aquí se realizan talleres de secado de plantas, preparación de infusiones y elaboración de ungüentos naturales. Para ello la sala cuenta con mobiliario móvil que se utiliza para la realización de los cursos y la preparación y secado de las plantas recogidas. Estas plantas llegan al centro de diversas formas: por un lado, el personal del centro se encarga de recolectar en el monte las que se puedan dar según la época del año. Por otro lado, son los propios vecinos y vecinas quienes se ponen en contacto con el personal del centro para acudir a sus jardines y recolectar parte de estas plantas, a cambio de la correspondiente poda y limpieza. Y por último contamos con un productor de Tejeda que las cuida y conserva casi en exclusividad para el centro. Toda ellas crean un aroma único en todo el recinto. Al finalizar se le da al visitante la posibilidad de degustar una infusión de alguna de las plantas que ha podido ver, tocar y oler, en una pequeña cafetería destinada para ello.

> Jardín interpretativo

El jardín exterior es un oasis de biodiversidad donde se cultivan especies autóctonas y endémicas, así como aquellas más utilizadas en la zona. Este espacio invita a la contemplación y al aprendizaje *in situ*, reforzando la conexión entre teoría y práctica. Está en continuo movimiento y cambio, ya que mantener un jardín de este tipo en un lugar con las variaciones que existen en el clima y la dureza de este en diferentes épocas del año hace que en ocasiones no podamos contar con toda la variedad que nos

Parte de la sala exposiva. Botica cedida por el Museo Canario



gustaría. De este modo se le ofrece al visitante la posibilidad de interactuar con las plantas en su estado más natural. Podrán ver la leña buena (*Neochamaelea pulverulenta*), arbusto leñoso endémico de Canarias, de hasta 1,5 m de altura, de flores amarillas y frutos rojos. Fue considerada planta sagrada por los aborígenes, usándola en momificaciones y utensilios. Su existencia peligró y estuvo en peligro de extinción por su uso como leña después de la posguerra. Tiene diversos usos medicinales, siendo, tal vez el más popular hoy en día, la utilización de sus troncos para hacer decocciones en caso de diabetes.

Cabe destacar que en la actualidad existe un nuevo proyecto museográfico y que se llevará a cabo durante el año 2026. Se modificarán diferentes espacios del Centro de Plantas Medicinales, pero sin perder la esencia e identidad que lo caracteriza. Para este nuevo proyecto contaremos con mejoras como la introducción de un espacio de realidad virtual, gracias al que tendremos la posibilidad de interactuar con nuestros mayores.

IMPACTO SOCIOCULTURAL Y ECONÓMICO

El centro no solo es un recurso educativo, sino también un motor de desarrollo turístico sostenible. Tejeda, por su ubicación y atractivo natural, recibe visitantes interesados en senderismo, gastronomía y cultura. El Centro de Plantas Medicinales complementa esta oferta, atrayendo a un público que busca experiencias auténticas y respetuosas con el medio ambiente.

Con todo ello procuramos potenciar que nuestro turismo repercuta en la economía del municipio, mediante una estancia mayor, consiguiendo que se interese más por el producto local e invierta en él. Esta dinamización económica genera empleo local, lo que permite que mucha población se establezca en el territorio. En términos económicos, hay un impulso significativo de la comercialización de productos derivados (infusiones, aceites, cosmética natural), lo que se suma a la imagen de Tejeda como destino de calidad.

Otro destacado beneficio es la revalorización del patrimonio etnobotánico al identificar plantas que han sido y son muy importantes para historia y la identidad canaria. Ello actúa recuperando saberes locales que estaban en riesgo de desaparecer.

Todo este turismo denominado “experimental” recibe una serie de talleres y actividades en diferentes épocas del año, que hace que la experiencia sea mucho más llamativa y llena de matices, lo que convierte al centro de plantas medicinales en un auténtico dispensario de momento únicos con los que el visitante vuelve a sus hogares.

EDUCACIÓN AMBIENTAL Y CONSERVACIÓN

Uno de los pilares del centro es la educación ambiental. Se desarrollan programas dirigidos a escolares, investigadores y público general.

La actuación con escolares es fundamental para seguir desarrollando una educación ambiental, basada en la experiencia de momentos que puedan utilizar como referencia para actividades de futuro. De esta forma aseguramos que nuestros jóvenes conserven y valoren todo el conocimiento de su entorno más cercano y que se interesen en aprender y guardarlo para generaciones venideras.

La manera más potente que tenemos para llegar a ser una intervención lo más exitosa posible es mediante la realización de cursos adaptados y charlas prácticas con las que podamos atraer su interés a su llegada al Centro de Plantas Medicinales.

En esta área no nos olvidamos de los mayores que nos visitan, sobre todo procedentes de residencias y asociaciones, que para nosotros supone, en la mayoría de los casos, la posibilidad de aprender recursos y técnicas diferentes de este mundo natural y seguir aumentando nuestros conocimientos.

Estas acciones se alinean con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), especialmente en lo relativo a la protección de ecosistemas terrestres y la promoción de la salud y el bienestar.



Sala polivalente

RETOS Y OPORTUNIDADES

Entre los principales desafíos con los que contamos para los próximos años es conseguir la financiación necesaria y con ella poder ejecutar actividades de digitalización de diversos módulos, como la realidad aumentada, que pueden aportar una visión más actualizada, así como experiencias atractivas que atraigan a este tipo de público. De esta forma estamos seguros de que llegaremos a un mayor número de personas y podremos compartir y diversificar este conocimiento único.

La investigación es uno de nuestros principales activos, siempre buscando recuperar tradiciones que se transmiten de forma oral y resguardarlas del paso del tiempo y su olvido. Pero queremos dar un paso más e introducir nuevos recursos. Así, será una de nuestras principales acciones desarrollar un espacio que nos ayude a entender la importancia de las semillas y su valor, para posteriormente implementar una investigación paralela.

Es creciente el interés que suscita nuestro entorno; así, se hace necesario contar con visitas guiadas por las que personal cualificado explique el potencial etnobotánico y despierte en el visitante su conciencia medioambiental. Si bien es cierto que en el mercado actual existen empresas que responden a este perfil, desde nuestro centro ofreceremos información referente al uso más tradicional de la flora del lugar.



Curso realizado en el Centro de Plantas

El autoabastecimiento es uno de los mayores retos que tiene el Centro de Plantas Medicinales. Si bien no podemos olvidar todos los pasos que realizamos para obtener las plantas medicinales, nuestro reto ahora también se concentra en la creación de un vivero propio que nos suministre de nuevas plantas ya adaptadas al entorno.

Todos estos retos y oportunidades permitirían consolidar al centro como referente en educación ambiental y turismo sostenible, así como un lugar único donde guardar un conocimiento tan vital como es el de la medicina natural.

CONCLUSIÓN

Desde los inicios de este proyecto, se puso en duda su estabilidad, por su carácter innovador y su propuesta original, ya no sólo en la región, sino en todo el país, pues resultaba complicado verle un futuro a largo plazo. Muchas preguntas al respecto he tenido que responder y con el tiempo he llegado a la conclusión que el centro nació para quedarse.

En primer lugar, porque no nació para ser un “negocio” como el que todos conocemos. Nació con el propósito de conservar nuestro patrimonio histórico, cultural y natural, así como ayudar a las futuras generaciones a entender cómo nuestros antepasados se enfrentaban a las enfermedades empleando recursos alternativos y valiosos que ofrecía la naturaleza. Para recopilar estos saberes, “nuestros mayores” han desempeñado un papel fundamental bajo el paraguas de su propia experiencia, desarrollando técnicas y sembrando conocimientos con cada palabra que nos transmiten. Sí, el centro nació para quedarse y ser un referente, ser un proyecto vivo que conecta el pasado con el futuro.

Durante estos casi veinte años, hemos crecido, nos hemos adaptado y hemos seguido la senda y legado que nos regalaron aquellas generaciones que caminaron, observaron y experimentaron con lo que tenían en su entorno. Las plantas constituyen el principio de todo medicamento que nos pueda ayudar ahora o en el futuro. La evolución de la medicina va condicionada al descubrimiento de nuevos principios activos, a veces hasta técnicas, que sólo podemos encontrar de manera natural, ya que la naturaleza nos lleva “toda una eternidad” de ventaja y es ella la que nos puede suministrar de soluciones duraderas. Nos queda mucho por aprender y más por conocer de este mundo, pero estamos en la senda correcta. Cada vez son más las personas que se interesan por esta parte de nuestro patrimonio.

Desde el centro hemos intentado dar a conocer dos partes esenciales para toda sanación o curación en la que intervengan las plantas y es la paciencia y la constancia, cualidades que precisamente hemos ido perdiendo como

especie y que nos han generado enfermedades de difícil diagnóstico y más aún curación. Enfermedades, como afirman nuestros mayores, “modernas”. La paciencia nos ofrece la sabiduría, poder ir recogiendo los frutos que se han plantado y utilizarlos de la manera más sabia posible. Y la constancia nos permite conectar nuestro cuerpo con la naturaleza. Ser capaces de entender que sólo esa constancia nos permitirá sanar.

En nuestra evolución como especie hemos pasado de ser nómadas a convertirnos en pueblos sedentarios y en ese proceso hemos aprendido a domesticar fauna y flora en nuestro beneficio. En ese camino el ser humano ha descubierto la importancia de una semilla al comprobar su desarrollo y su conversión en principios activos que han servido para la sanación de variadas dolencias y enfermedades. Es nuestra labor y obligación dar a conocer y divulgar que la ciencia más moderna y los saberes más antiguos heredados de nuestros antepasados han de seguir unidos para seguir en el camino de esta que consideramos la senda correcta.

El Centro de Plantas Medicinales de Tejeda (Gran Canaria) desea agradecer a todas aquellas instituciones, agentes locales y personales particulares que han contribuido a que este proyecto se haya convertido en un referente único en el mundo, especialmente al Cabildo Insular de Gran Canaria, al Ayuntamiento de Tejeda y a todos aquellos que siguen apostando y creyendo en el Centro de Plantas Medicinales: compañeros, clientes, empresas que han colaborado, visitantes que han pasado a formar parte de la familia del centro, por su interés y apoyo. Una mención y agradecimiento especial merecen “nuestros mayores”, por sus aportaciones, su valiosísimo tiempo y su ayuda incondicional.

BIBLIOGRAFÍA

- Ayuntamiento de Tejeda (2026a) *Reconocimiento SICTED al Museo de Plantas Medicinales*. Disponible en: <https://tejeda.eu/noticias/reconocimiento-sicted-al-museo-de-plantas-medicinales/> [Consulta: 29/04/2026]
- Ayuntamiento de Tejeda (2026b) *Otras actividades. Centro Interpretativo de Plantas Medicinales*. Disponible en: <https://tejeda.eu/es-centro-plantas-medicinales/> [Consulta: 29/04/2026]
- Cruz Suárez, J. (2007) *Más de 100 plantas medicinales. Medicina popular canaria*. Las Palmas de Gran Canaria: Obra Social de la Caja Insular de Ahorros de Canarias
- El Centro de Plantas Medicinales de Tejeda renueva su sello de Calidad Turística (2017) *tejedadigital.es*, 20 de octubre de 2017. Disponible en: <https://tejedadigital.blogspot.com/2017/10/el-centro-de-plantas-medicinales-de.html> [Consulta: 29/04/2026]
- FEDAC [Fundación para la Etnografía y el Desarrollo de la Artesanía Canaria] (2026) *Museos etnográficos. Centro de Plantas Medicinales de Tejeda*. Disponible en: <https://fedac.org/museosetnograficos/centro-de-plantas-medicinales-de-tejeda/> [Consulta: 30/04/2026]
- Gobierno de Canarias (2026) *La conservación es una tarea prioritaria y continua, que combina la protección de su biodiversidad con una gestión ambiental responsable*. Disponible en: <https://www.gobiernodecanarias.org/parques-nacionales/teide/conservacion/> [Consulta: 30/04/2026]
- Hernández Martín, R. y León González, C. (coord.) (2022) *Observatorio turístico de Canarias. Sostenibilidad del turismo en Canarias: Informe 2022*. Consejería de Turismo, Industria y Comercio, Gobierno de Canarias, Universidad de La Laguna, Cátedra de Turismo CajaCanarias-Ashotel
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2019) *Estrategia sobre medicina tradicional 2014-2023*. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241506096> [Consulta: 01/03/2026]
- Pardo de Santayana, M., Morales, R., Aceituno, L. y Molina, M. (ed.) (2014) *Inventario español de los conocimientos tradicionales relacionados con la biodiversidad*. Madrid: Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente y Ministerio de Agricultura y Pesca, Alimentación y Medio Ambiente
- Santos Guerra, A. (1999) Origen y evolución de la flora canaria. En: Fernández-Palacios Martínez, J.M., Bacallado Aránega, J.J. y Belmonte Avilés, J.A. (coord.) *Ecología y cultura en Canarias*. Santa Cruz de Tenerife: Gobierno de Canarias, pp. 107-130
- Tibicena. Arqueología y patrimonio (2007) *Proyecto Centro de Interpretación de Flora Medicinal*. Ayuntamiento de Tejeda. Informe técnico inédito
- UNESCO [Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura] (2020) *Educación para el desarrollo sostenible: hoja de ruta*. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374896> [Consulta: 01/03/2026]

La medicina verde. Proyecto de recuperación de la medicina tradicional en el Sáhara Occidental

Mohamed Ali Leman | Sociólogo

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6153>

RESUMEN

El proyecto de la recuperación de la medicina verde en el Sáhara Occidental pretende dar a conocer cómo el pueblo saharauí intenta mantener la medicina tradicional para atender sus problemas de salud y de cómo esta puede ayudar e incluso, a veces, ocupar el lugar de la medicina moderna. El trabajo se realizó en los campamentos de refugiados saharauíes a través de entrevistas con personas mayores y con expertos, tanto hombres como mujeres, en el uso de la medicina tradicional. Dado el creciente interés que despierta la medicina verde en círculos de la medicina moderna, este trabajo recoge una síntesis de diferentes plantas y sustancias de origen vegetal y animal que por la experiencia de los saharauíes tienen probada eficacia en el tratamiento de muchas enfermedades. Este proyecto, que ha contado con el apoyo de instituciones saharauíes y españolas, es un ejemplo para continuar investigando tanto en el campo de la medicina como en diferentes facetas culturales y sociales de la sociedad saharauí.

Palabras clave

Documentación | Inventarios | Medicina tradicional | Medicina verde | Plantas medicinales | Recuperación | Sáhara Occidental | Salud |



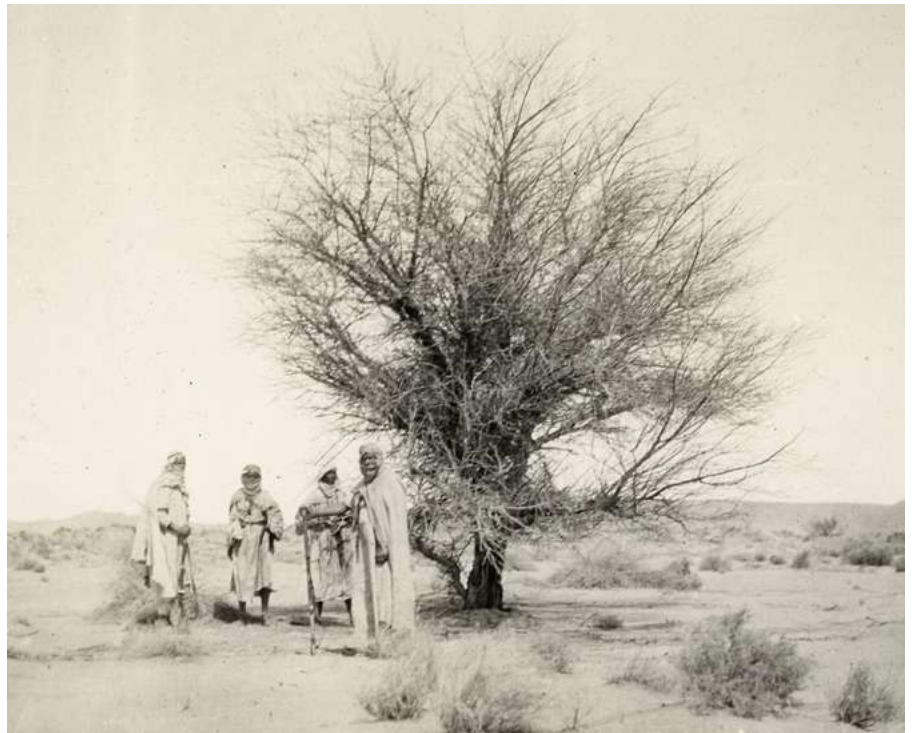
Mohamed Embarek Saleh Deihan es el especialista en hierbas medicinales en el campamento Dajla, él prepara los diferentes remedios usando hierbas presentes en el desierto como la *talha* o *tashmaght* | foto Western Sahara

El proyecto de recuperación de la medicina tradicional saharai surge en el marco de un amplio estudio antropológico de la sociedad saharai, en concreto en los Campamentos de Refugiados Saharais situados en el sur de Argelia.

Los Campamentos de Refugiados Saharais se crean en 1975 cuando, tras la violenta invasión marroquí del territorio, parte de la población se ve obligada a exiliarse a Tinduf, en el sur de Argelia. Desde entonces, el pueblo saharai ha vivido una fuerte transformación sociocultural, desde una sociedad nómada tradicional colonizada por España a una comunidad refugiada con una fuerte identidad nacional y una estructura política, la República Árabe Saharaui Democrática (RASD), creada en 1976 en el exilio, que persigue su proyecto de liberación nacional.

El estudio se realizó a través de entrevistas exhaustivas con ancianos, tanto hombres como mujeres, para recopilar el patrimonio inmaterial, particularmente el musical y literario, del pueblo saharai, profundamente arraigado en la memoria de una generación específica y transmitido oralmente, o lo que popularmente se conoce como “boca a boca”.

Debo destacar que este proyecto de recuperación de la memoria oral de la historia saharai se convirtió en una iniciativa oficialmente reconocida por el



Acacia tortilis en el Sáhara argelino (1893) | foto Fernand Foureau (1850-1914)

Ministerio de Cultura Saharaui, conocida como Cuéntame Abuelo, e impulsada por la difunta Jadiya Hamdi, ministra de Cultura entre el 2008 y 2023 y escritora, junto con un selecto grupo de académicos saharauis y españoles. Entre ellos se encontraban los profesores Juan Carlos Gimeno Martín, Juan Ignacio Robles, Vivian Solana Moreno, Mohamed Salem Adahi (Ebnu), Bahía Awah y Ali Salem Iselmu, así como otros profesores y estudiantes, todos vinculados al Grupo de Investigación en Estudios Poscoloniales: Sáhara Occidental de la Universidad Autónoma de Madrid.

Trabajamos para que este proyecto fuera un éxito a pesar de las difíciles circunstancias y la escasez de fondos, y logramos resultados notables, entre los que destacan la grabación de cientos de entrevistas en profundidad en audio y video, la preparación de varios libros sobre poesía y cultura en el Sáhara Occidental, algunos de los cuales han sido traducidos al español, así como la producción de una película documental titulada *Poesía y poetas en el Sáhara Occidental*.

El trabajo se centra en las personas entrevistadas, registrando sus recuerdos y transformándolos de patrimonio oral a patrimonio escrito y audiovisual. En este texto se aborda la medicina tradicional, que fue uno de los elementos importantes de nuestra investigación.

Los saharauis siempre se han valido de sus propios medios y saberes para prevenir y tratar sus enfermedades. Existen especialistas, tanto hombres como mujeres, que ejercen la medicina, cada uno con sus propios métodos y experiencias que han demostrado ser muy eficaces en la práctica. Algunos incluso tienen tanto reconocimiento que les visitan enfermos de los lugares más remotos del territorio.

El tratamiento se basa principalmente en los conocimientos de la medicina tradicional que existen en la sociedad saharauí y sus diversos métodos incluyen el uso de hierbas silvestres. En el Sáhara Occidental, son muy pocas las plantas que no se utilizan con fines medicinales. Algunos médicos tradicionales incluso afirman que toda planta que tenga un determinado aroma tiene un valor medicinal significativo.

También la carne, la grasa y la leche de camello se consideran sustancias medicinales esenciales, al igual que la leche de cabra y sus derivados. El uso de la también conocida como medicina verde no se limitaba a los humanos, sino que también se extendía a los animales.

Se incrementa, día tras día, el interés en círculos médicos y entre profesionales de la salud por los métodos de la medicina popular. Por ello, están recurriendo a la naturaleza para encontrar tratamientos para tratar un sinnúmero de enfermedades.

Es evidente que la medicina moderna ha alcanzado logros muy importantes en el tratamiento y en la erradicación de muchas enfermedades, que han contribuido a la mejora de la salud de cientos de millones de seres humanos en todo el mundo. Sin embargo, nuestros antepasados dependieron durante siglos sólo de la medicina tradicional, haciendo uso de las plantas como fuente natural de tratamiento y sin temor al riesgo de los efectos secundarios de los medicamentos, como ocurre en la medicina moderna.

Desde el punto de vista farmacológico encontramos que, aunque gran parte de los medicamentos se extraen de hierbas y plantas, su combinación con aditivos químicos provoca, en ocasiones, efectos dañinos y lamentablemente estas circunstancias hacen que algunos medicamentos se terminen retirando de circulación.

Una de las dificultades a la que se enfrenta el uso de hierbas medicinales en la actualidad es el desconocimiento y la falta de una identificación adecuada de algunas plantas que fueron descritas en textos antiguos, así como por la diferencia de sus nombres entre una región y otra, además de la falta de formación, experiencia y preparación adecuada de quienes se dedican a la medicina tradicional. En determinados lugares, como el Sáhara Occidental, China o el subcontinente indio, el uso de la medicina verde está muy extendido y muchos de quienes se especializan en la ciencia de las plantas, heredaron la profesión de sus antepasados, lo que les otorgó un lugar destacado en la sociedad.

Existen numerosos libros dedicados a la medicina popular y a la botánica, constituyendo una fuente de valiosa información aportada por expertos especializados en la medicina antigua, además de su experiencia personal y sus capacidades, que los ha convertido en una referencia en este campo.

El uso medicinal de plantas y animales como dromedarios, cabras y otros animales terrestres es uno de los fenómenos más arraigados en el Sáhara Occidental desde tiempos remotos, donde los habitantes creen en la voluntad de Dios y buscan la sanación.

La medicina tradicional prosperó en la región de Saguia El Hamra y Río de Oro (Sáhara Occidental) desde tiempos muy antiguos; esta región abierta al mundo nunca estuvo aislada e históricamente ha tenido relaciones con civilizaciones vecinas de distintos periodos como la del Egipto de los faraones, la fenicia, la griega, romana, el África negra, además de la civilización árabe e islámica. En la expansión del Islam y en especial a través de la conquista del norte de África llegó la experiencia medicinal asiática a Saguia El Hamra y Río de Oro con las vanguardias musulmanas, lo que permitió que la experiencia de la India, de China y de Persia estuviera presente junto a las exploraciones europeas y esto se aprecia claramente en el uso del té verde, que se convirtió en una parte importante y vital dentro de las tradiciones cotidianas de nuestra sociedad.

Además de lo que ofrecen los mercados de especias, hierbas, frutos y semillas, cuyo valor curativo continuamente se va revelando, también ha sido muy importante el conocimiento que atesoran las enciclopedias científicas de Avicena, Tadhkirat Dawud (las Memorias de Dawud) y las obras de Al-Razi e Ibn al Beytar.

A continuación, para ilustrar el tipo de saberes en torno a las plantas y sus usos medicinales, ofrecemos, a modo de inventario, algunas de las principales especies empleadas en el Sáhara Occidental para el tratamiento de enfermedades.

LA ACACIA

La acacia, *Talha* (es su nombre popular; el científico es *Acacia raddian*), es un ejemplo muy significativo del uso medicinal de las plantas en el Sáhara Occidental.

La acacia es un árbol símbolo de la flora del Sahara Occidental. Está ampliamente extendido en la mayoría de las regiones del Sáhara Occidental.

La medicina popular saharauí aprovecha la mayor parte de lo que generosamente le brinda este noble árbol. De la acacia se aprovecha casi todo en los remedios caseros: las hojas; Al-ilk, resina o goma arábiga (esta sustan-



Acacia en los territorios liberados del Sáhara | foto Ebnú Abdelfatah



Goma arábiga cruda | foto Tarig A. Eltom

cia es imprescindible en los hogares saharauis); Abakak, resina de color oscuro similar a la resina arábiga; Anish o An-nuwar, flores amarillas del árbol de la acacia, cuando florece; Tabalit o Agshar, corteza extraída del tronco del árbol de la acacia; Aharhar, pulpa que se encuentra dentro de la raíz del árbol de acacia (por sus propiedades aromáticas, es utilizado por las mujeres saharauis para preparar perfumes); y Aljarrub, vainas, fruto del árbol de acacia.

Propiedades curativas de la acacia

La experta curandera tradicional saharauí, Saghra Mint Mohamed Cheij Uld Abdallah, cree que el tratamiento con acacia como planta medicinal es eficaz si los productos se utilizan frescos. La veterana curandera no recomienda hervir ni cocinar productos de acacia o usarlos con agua caliente ya que pierden sus propiedades y su valor curativo.

Gracias a sus diversas propiedades, la acacia puede ser beneficiosa para tratar enfermedades como:

> Enfermedad neurológica y parálisis

Una de las experiencias exitosas en el tratamiento de esta enfermedad es la utilización de la corteza de la acacia. El remedio consiste en dejar las cortezas del árbol en un lugar limpio y seco hasta que se sequen y mezclarlas con granos de cebada y molerlas hasta obtener un polvo fino.

La dosis y la forma de utilización de este remedio es la siguiente: se toman tres cucharadas de este polvo de forma diaria mezclando una pequeña cantidad del producto con cada comida que el enfermo vaya a consumir durante el día.

> Diabetes

La corteza de la acacia, limpia de las impurezas y dejada reposar en agua durante 48 horas, es un remedio eficaz para tratar la diabetes.

> Enfermedades alérgicas, llamadas *Aguendi* en la sociedad saharauí. Se tratan principalmente con goma arábiga que es un polisacárido que al mezclarlo con azúcar tiene efecto curativo para eliminar toxinas. Se recomienda que el paciente lo tome antes de irse a acostar.

La goma arábiga también se puede usar para tratar la hipotensión y la hipertensión. Introduciendo una pequeña cantidad de esta sustancia dentro de la boca sin tragarla y dejándola que se derrita lentamente, puede tener efectos curativos sobre la enfermedad.

Así mismo, se usa para problemas oculares. En polvo, la goma arábica se coloca en el ojo para eliminar las impurezas adheridas a consecuencia del polvo y otros agentes que pueden causar dolor o mala visión. Se utiliza, igualmente, para tratar el pterigión, que se conoce en nuestra sociedad como Awar, que es una membrana o tejido que se extiende por el ojo dificultando la visión. Es eficaz en tratamientos para las inflamaciones e infecciones oculares.

Junto a estos usos, la goma arábica es utilizada por los saharauis para tratar heridas y quemaduras y como remedio para las diarreas. También se usa para el constipado.

> Infecciones urinarias. Abakak, otra variante de la goma arábica, se emplea para tratar varias enfermedades, entre ellas las infecciones urinarias. Para la cistitis, por ejemplo, se coloca una cantidad de Abakak en un recipiente con agua fresca y se deja en remojo durante cierto tiempo. Luego se le da de beber al enfermo.

> Enfermedades digestivas. Las hojas de la acacia, convertidas en polvo y mezcladas con agua, son eficaces para tratar enfermedades digestivas. También se usan para el estreñimiento.

Aljarrub, semillas del fruto del árbol de acacia, trituradas y mezcladas con comidas y bebidas, puede utilizarse como tratamiento para todas las enfermedades del sistema digestivo, especialmente la acidez.

> Quemaduras. Para tratar las quemaduras, se considera un remedio eficaz aplicar directamente sobre la zona afectada hojas de la acacia en polvo.



Detalle de ramas y hojas del espino, *Acacia caven*
| foto Pedro L. Méndez

OTRAS PLANTAS MEDICINALES Y SUS USOS CURATIVOS

Alghardag

Su nombre popular saharauí es Alghardag, pero el científico es *Lycium intricatum* Boiss. Además de sus beneficios nutricionales, esta planta se utiliza para tratar la diabetes.

Para preparar este remedio, primero se toma una cantidad de la planta, se limpia bien, se coloca en un recipiente con agua y se hierve a fuego lento dos veces seguidas. En este momento nos deshacemos del agua. En el segundo paso, se hierve nuevamente, pero se conserva el agua extraída como una infusión que se debe tomar en pequeñas dosis.

Esta planta medicinal se usa también para tratar cataratas en los ojos y puede llegar a erradicarlas por completo. Las hojas de la planta se hierven

en agua, para ser luego filtradas y aplicadas en los ojos para las cataratas blancas.

Atil

Atil o Sadra Aljadra (arbusto verde) es su nombre popular; *Maerua crassifolia forssk*, el científico.

Esta planta posee innumerables beneficios medicinales. Las hojas de este arbusto se usan como medicamento para los trastornos digestivos. Para preparar el remedio hace falta triturar las hojas y agregarles un poco de azúcar, para luego ingerir el polvo. Su consumo en pequeños sorbos de agua reduce la diabetes.

Los palos extraídos de las ramas se utilizan para cepillar y limpiar las encías y los dientes. Este palillo se conoce localmente en la comunidad saharauí como *miswak*.

La ciudadana saharauí Mariam Mint Al-Jier, Uld Al-Bachir, relata una anécdota sobre uno de los pioneros de la medicina popular saharauí, el notable Nafee Uld Brahim Uld Bad-dad¹, conocido como el médico del Ejército de Liberación Popular Saharauí (ELPS) en los años de la Primera Guerra de Liberación contra Marruecos. Según cuenta, en aquella época, cuando el ejército saharauí carecía de unidades médicas militares y de primeros auxilios, pudo curar a muchos guerrilleros saharauís. Sus métodos y remedios tradicionales ayudaron a sanar a muchos refugiados saharauís.

Una vez, mientras se encontraba en los Campamentos de Refugiados Saharauís tras varios meses de combatir en el frente de batalla a principios de

1

Afamado curandero saharauí, hijo del erudito y guerrillero Brahim Uld Badad, fallecido en 1984.



Productos naturales en la farmacia de Dajla | foto Western Sahara

los años ochenta del siglo pasado, fue a verle una señora de nombre Faylah Bad-da Ahmed Lehbib, quien padecía de una grave enfermedad maligna en la cabeza, cuyos síntomas llegaron a afectar incluso el hueso del cráneo.

El experimentado curandero se enfrentó a su primer desafío como cirujano porque había que “intervenir”. Tomó sus instrumentos tradicionales e hizo un corte para separar el cuero cabelludo del cráneo y tratar la zona dañada. Tras realizar un corte y levantar la piel de la zona afectada, comenzó a limpiar el área de impurezas y restos de tejido tumoral que habían comenzado a supurar entre la piel y el hueso como resultado de la enfermedad y a eliminar la sangre coagulada.

Tras esta minuciosa operación, preparó un ungüento con extracto de joroba de camello, conocido en la sociedad saharauí como *ludek* y lo mezcló con hojas de Atil o Sadra Aljadra (el arbusto verde) en polvo aplicándolo en la zona afectada y luego suturó la herida. Después de una semana de reposo, la paciente se recuperó y su cuero cabelludo volvió a crecer de forma natural.

Este no fue el único caso tratado por el experimentado curandero saharauí. Decenas de casos fueron curados en los campamentos saharauís, gracias a su experiencia y sus métodos tradicionales.

El afamado curandero también fue conocido por su amplia experiencia como veterinario en el tratamiento de todo tipo de ganado.

Alkamcha

Conocida popularmente como Alkamcha, la planta *Anastatica hieochunti* es muy útil para pacientes con lepra y vitíligo. Según expertos curanderos saharauís, para preparar un remedio eficaz para estos males es necesario que el tratamiento se haga directamente en la zona donde crece la planta, a fin de obtener los ingredientes frescos. De la hoja verde fresca se obtiene una pasta que se aplica tópicamente sobre las zonas afectadas por el vitíligo.

Hervida en agua, a fuego lento, es muy eficaz para el tratamiento de los trastornos digestivos. Así mismo, para inducir las contracciones en mujeres que van a dar a luz: se hierve la planta en agua hasta obtener una infusión que se da a tomar a la parturienta.

Tamat

Con nombre científico *Acacia flava*, las hojas del arbusto de Tamat son secadas y luego trituradas en un mortero. El polvo resultante se deja en remojo durante un tiempo. Después, mezclado con azúcar, constituye un buen tratamiento para pacientes con problemas cardíacos.



Heliotropium | foto Arnoldius

Kamuna

Es el nombre popular saharauí de la planta *Ammodaucus leucotrichus* Coos.& Dur. Hace honor a su nombre porque cura desde el más simple resfriado hasta los más severos dolores gástricos e infecciones. Los frutos mezclados con leche hervida se utilizan como remedio contra catarrros y fiebre. En la cocina, los frutos son agregados a alimentos con fines curativos.

Al-Agaya

Su nombre científico es *Zygophyllum gaetulum subsp. waterlotii* (Maire). Se emplea para el tratamiento de problemas cardíacos; se toman las hojas de la planta, se lavan siete veces y se cuecen a fuego lento; posteriormente, la preparación se consume con cada comida. También es eficaz en el tratamiento de la hipertensión, en el tratamiento de alergias, reumatismo y enfermedades de los huesos. Por sus grandes propiedades curativas, la planta Al-Agaya hace honor a su sobrenombre, Al-Agaya Al-Baraya, que significa "la planta Al-Agaya alivia, es eficaz y buena como remedio".

Lehbalía

Así se conoce popularmente a la planta *Heliotropium ramosissimum* (Lehm.) DC. Es eficaz como antiséptico. Usada como remedio para aliviar dolores de muelas y otras infecciones, para hacer empaste o como relleno dental o molar.

Alfula

Nombre popular de la planta *Crotalaria saharae* Coss. Alfula tiene propiedades que favorecen el fortalecimiento del cabello. También resulta beneficiosa para tratar su caída: las hojas de la planta se limpian, se secan a la sombra y se trituran bien; luego se hierven en agua y con la preparación obtenida se rocía el cabello.

Kbeidet Edab

Euphorbia granulate Forssk es su nombre científico. La sustancia lechosa contenida en las hojas de la planta es eficaz para su uso dérmico y se utiliza para el tratamiento de diversas afecciones de la piel.

Kheilt Eljail

La *Lavandula coronopifolia* Poiret en pequeñas cantidades, se usa para tratar la hinchazón de la vesícula biliar. Las hojas frescas, tras ser limpiadas y hervidas en agua, son eficaces en pequeñas dosis para aliviar la inflama-

ción de este órgano. El abuso de la ingesta de remedios obtenidos de esta planta puede tener efectos no deseados y probablemente puede producir una intoxicación.

Remz

Es el nombre popular de la *Hammada scoparia (Pomel) Iljin (=Haloxylon tamariscifolium (L.) Pau*, remedio eficaz para tratar picaduras de insectos y contra mordeduras de animales venenosos. Se utiliza asimismo como enjuague bucal en caso de infecciones y dolores de muelas. En cosmética saharai, se usa en cremas hechas a base de polvo obtenido de las hojas, mezclado con henna y aceite de oliva.

Amorkba

Nombre popular saharai de la planta *Panicum turgidum Forssk.* Las raíces secas de esta planta, cortadas en trozos pequeños mezclados con manteca de camello (en hasanía, *ludek*) y miel de abeja, sirven para aliviar el asma. Según expertos en remedios tradicionales, la preparación se mezcla bien, se coloca en un pequeño frasco de vidrio y se deja reposar durante siete días. La dosis recomendada es una cucharada en ayunas, aunque también se puede agregar un poco de este producto a las comidas diarias del paciente.

CONCLUSIONES

Desde su creación en 1976, la RASD puso en marcha un Sistema Nacional de Salud que convive con la medicina tradicional en los campamentos. Es importante preservar para su transmisión y conocimiento a las nuevas generaciones la memoria oral de la medicina tradicional impactada por la transición forzada a una vida en el exilio, así como por la ayuda internacional y la cooperación sanitaria. Además, rescatar y promover la toma de conciencia de esta memoria constituye una estrategia cultural que permite reinsertar el pasado saharai en un presente marcado por las transformaciones derivadas de la lucha por la liberación, del proyecto de construcción de una identidad nacional y de la experiencia de una vida en el exilio y en la diáspora, dotando a ese presente de un elemento de continuidad histórica que lo refuerce y lo afiance.

Cultura como un pilar para la salud. La actividad de L'ETNO en el campo de la salud y el bienestar

Luis López Cerrillo, Cintia Sancanuto Chardí | Centre de Salut Pública (València)

Núria Font Lurbe | Centre de Salut Pública (Torrent, València)

Rita Redondo Flores | Universidad Europea (València)

Mercedes Albacete, Javier Bendicho | Asociación COTLAS

Albert Fernández | Psicólogo

Mónica Cases | Licenciada en Bellas Artes

Mabel Bueno Juan | Coordinación de Enfermería Familiar y Comunitaria de la Zona Básica de Guillem de Castro (València)

Maria Pons Guia | Unitat Pedagògica Hospitalària de l'Hospital Clínic Universitari de València

Francesc Cabañés Martínez, Pilar Payá Ferrando, Ivana Puig Núñez, Joan Seguí Seguí, Carles Sobrevías González | L'ETNO (Museu Valencià d'Etnologia)

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6154>

RESUMEN

Este artículo da a conocer, a través de los proyectos analizados, el marco de redefinición de L'ETNO como agente activo de intervención social. A partir de la mediación cultural y de la activación contextualizada de las colecciones, se presentan experiencias orientadas a la participación, el cuidado y la inclusión. La cultura se plantea como un recurso con capacidad para incidir en el bienestar y la salud, favoreciendo marcos de colaboración intersectorial y situando al museo como parte integrante de la infraestructura comunitaria contemporánea.

Palabras clave

Alzheimer | Atención primaria | Bienestar | Cultura | Inclusión social | Intervención social | L'ETNO (Museu Valencià d'Etnologia) | Mediación cultural | Museos | Participación ciudadana | Prescripción social | Salud | Salud comunitaria |



Visita guiada a la exposición permanente de L'ETNO, en el marco del programa de actividades del proyecto Receta Cultura (febrero de 2025) | foto L'ETNO, fuente de todas las imágenes que ilustran esta contribución

INTRODUCCIÓN

L'ETNO (Museu Valencià d'Etnologia) es un museo de la Diputació de València cuya misión se centra en el estudio y la difusión de la cultura popular y tradicional valenciana. Abrió sus puertas a principios de los años ochenta del siglo pasado como respuesta a un creciente interés por documentar los aspectos socioculturales y económicos de una sociedad –la valenciana– en profundo proceso de transformación. Como muchos otros museos de cultura popular en el Estado español, en su mayoría de ámbito regional y local, L'ETNO ha conformado unas colecciones capaces de describir con detalle la realidad preindustrial de este territorio. No obstante, su papel como agente patrimonial capaz de generar un discurso activo, crítico y atractivo en el contexto socioeconómico actual sigue planteando importantes desafíos (Roigé y Arrieta 2014). La necesidad de redefinir el papel del museo y de sus colecciones en la sociedad contemporánea constituye, en este sentido, una cuestión central. Son cada vez más los estudios que subrayan la importancia de incentivar una colaboración más estrecha y consolidada entre instituciones patrimoniales y de cultura, como los museos, y el campo de la salud y el bienestar (Chatterjee y Noble 2013; Bondil y Legari 2022). Desde esta perspectiva, L'ETNO orienta parte de su programación hacia iniciativas que articulan su patrimonio y su labor institucional con estrategias de impacto social, apoyándose en una colección idónea para este fin y procurando contribuir activamente al bienestar y la salud de la ciudadanía.

LOS PROYECTOS

Recepta Cultura: del Centre de Salut al Museu

Recepta Cultura (Receta Cultura: del Centro de Salud al Museo) es un proyecto piloto de promoción de la salud con orientación comunitaria dirigido a personas en situación de soledad no deseada y/o con inactividad física. Se basa en el modelo de prescripción social, mediante la derivación desde Atención Primaria a visitas culturales grupales y guiadas en distintos museos de la ciudad de València. Su finalidad es reducir la soledad no deseada, mejorar el bienestar emocional y aumentar la calidad de vida a través del acceso a la cultura y la participación social.

La primera edición se desarrolló entre octubre de 2023 y abril de 2024 en seis centros de salud, y fue coordinada por el Centre de Salut Pública (CSP) de València de la Conselleria de Sanitat junto con Valencia Innovation Capital del Ajuntament de València. Participaron seis museos de diferentes tipologías, que adaptaron sus contenidos a las características de los grupos y facilitaron el acceso gratuito. Además, prepararon a su personal para ofrecer visitas participativas, promover la socialización y registrar resultados.



Cartel del proyecto Recepta Cultura

El itinerario comenzaba con una valoración biopsicosocial en la visita ordinaria del centro de salud. Los y las profesionales de referencia proponían la inclusión de personas pacientes siguiendo criterios establecidos. La “receta” consistía en doce visitas culturales grupales. Cada uno de los museos fue visitado en dos ocasiones mediante recorridos diferentes, dinamizados por profesionales del ámbito cultural. El proyecto contó con un seguimiento continuo y una evaluación tanto cuantitativa como cualitativa de todo el proceso, y concluyó con una jornada abierta de presentación, análisis y puesta en común de los resultados con la comunidad.

Se registró una media de 70 personas participantes al mes por museo, organizadas en seis grupos según su centro de salud. Las y los profesionales culturales fueron considerados activos para la salud desde un enfoque salutogénico, destacando su labor didáctica y facilitadora. Resultó esencial el acompañamiento del personal sanitario y de las personas voluntarias, lo que favoreció la cohesión social continuada. A partir del tercer mes se observaron beneficios en salud, especialmente en el ámbito socioemocional. A los seis meses, disminuyó significativamente la frecuencia autopercebida de sentirse solo/a y mejoró la autopercepción del estado de salud. Además, el proyecto potenció el aprendizaje, la evocación de recuerdos, la identidad cultural y el sentimiento de pertenencia a la comunidad, con altos niveles de satisfacción. Entre las áreas de mejora se identificaron la sostenibilidad, la accesibilidad, la estructura organizativa y la necesidad de financiación específica. La principal conclusión fue que los espacios culturales tienen un elevado potencial para promover salud y bienestar en contextos urbanos.

Tras esta primera experiencia, el Centre de Salut Pública de Torrent decidió continuar el proyecto con el mismo formato, incorporando nuevos centros de salud (CS) y nuevos museos. En esta segunda edición, cuyas visitas culturales se desarrollaron entre octubre de 2025 y marzo de 2026, cada museo ha liderado la evaluación cualitativa de un CS asignado, y el seguimiento se ha realizado desde el CSP. Aunque el proyecto está aún en periodo de evaluación, los testimonios de las 73 personas participantes y la monitorización realizada indican una experiencia muy positiva y transformadora. Se esperan obtener nuevamente resultados que refuercen la evidencia de que la cultura genera salud y bienestar.

La Caixa dels Records: Memòries d'una Vida y Mediació Cultural: Objectes, Records i Diàleg Intergeneracional

En el contexto del Estado español, las personas mayores de 65 años representan el 20,4 % de la población (INE 2024), lo que se asocia a un incremento de los trastornos neurocognitivos, entre ellos el deterioro cognitivo leve (DCL), que afecta aproximadamente al 15 % de las personas mayores (Bai et ál. 2022). El DCL se define por un deterioro objetivo de funcio-

nes cognitivas como la memoria, la atención o las habilidades ejecutivas, sin una afectación significativa de la autonomía en la vida diaria (American Psychiatric Association 2022). No obstante, las personas mayores con DCL suelen enfrentar barreras para su participación social y cultural, lo que favorece el aislamiento y repercute negativamente en su bienestar psicológico (Zhu, Al Mahmud y Liu 2023).

Los últimos años han comenzado a emerger desde algunos museos la puesta en marcha de actividades alineadas con la terapia de reminiscencia (Butler 1963), ampliamente respaldada por la evidencia científica (Jiao et ál. 2025), que emplea estímulos significativos para promover emociones positivas, la interacción social y el bienestar psicológico. En el caso de L'ETNO, dos proyectos ejemplifican esta línea de trabajo: La Caixa dels Records: Memòries d'una Vida (La caja de los recuerdos: memorias de una vida) y Mediació Cultural: Objectes, Records i Diàleg Intergeneracional (Mediación Cultural: Objetos, Recuerdos y Diálogo Intergeneracional).

La Caixa dels Records: Memòries d'una Vida

La Caixa dels Records es un proyecto dirigido íntegramente a personas mayores con deterioro cognitivo, diagnóstico de Alzheimer u otras demencias. La actividad, basada en la terapia de reminiscencia, y mediante mediaciones fundamentadas en los objetos de la colección del museo, promueve la evocación de recuerdos personales y de experiencias vividas a través de la estimulación emocional de la memoria autobiográfica.

El proyecto, durante una primera fase entre 2018 y 2023, estaba constituido por una sola actividad –hoy dos– o “caixa”, cuya temática versaba sobre los instrumentos de cocina, las recetas y los productos alimentarios. Durante este período de tiempo, la actividad se llevó a cabo en residencias y centros



Molinillo de café, perteneciente a las colecciones de L'ETNO, manipulado durante una sesión del proyecto La Caixa dels Records: Memòries d'una Vida

especializados, con un volumen aproximado de 20 usuarios/as por sesión y alrededor de 20 sesiones anuales.

Desde mediados de 2024, el compromiso de L'ETNO para con el proyecto y las personas usuarias ha aumentado a raíz del Convenio Diputació–FEVAFA (Federació Valenciana d'Associacions de Familiars i Amics de Persones amb Alzheimer). La colaboración ha supuesto un aumento de las temáticas ofertadas, del número de sesiones a realizar y, sobre todo, el inicio del estudio –aprobado por la comisión de investigación de la Universidad Europea (CI-2024-880)– de los beneficios emocionales y psicosociales de los usuarios/as.

Cada sesión, dirigida a grupos de entre 5 y 12 usuarios y usuarias de ≥ 65 años y Global Deterioration Scale (GDS) < 6 , se lleva a cabo preferentemente en L'ETNO o en alguno de los museos que forman parte de la ETNOXARXA (Xarxa de Museus Etnològics Locals de la Província de València), con el objetivo de que las personas usuarias visiten museos cercanos a su lugar de residencia y que la actividad se desarrolle en contextos culturales.

Todos los participantes, o bien sus familiares de referencia, firman un consentimiento informado para poder participar en el estudio. Las sesiones, con una hora de duración, mantienen una estructura uniforme y son impartidas por el mismo mediador, asegurando así su coherencia metodológica.

La investigación necesita de la colaboración de los participantes, de las y los profesionales culturales y del ámbito de la salud y combina enfoques cuantitativos y cualitativos. Las herramientas empleadas, conforme a su orden de uso, son:

> Evaluación cuantitativa inicial (pre) sobre el estado emocional (6 personas).

> Observación de las emociones y las conductas sociales durante la sesión (4 personas).

> Evaluación cualitativa dialógica grupal (post). Con cuestiones generales sobre el grado de satisfacción con la sesión (duración: 5-10 minutos) (grabación de las respuestas).

> Evaluación cuantitativa final (post) sobre el estado emocional (6 personas).

> Cuestionario a profesionales o familiares transcurridas 24-48 horas. Si bien los resultados preliminares del 2025 muestran un impacto claramente positivo en el bienestar emocional y en la participación social, a abril del 2026 todavía estamos en fase de análisis. Los datos cuantitativos evidencian un aumento significativo de emociones positivas y una reducción

de las negativas ($p < 0,005$), con altos niveles de implicación y predominio emocional positivo (Positive and Negative Affect Schedule-PANAS en Sandín et ál. 1999).

Estos datos son coherentes con la valoración de las y los profesionales, quienes señalan que las actividades estimulan la memoria y ayudan a evocar recuerdos, facilitan la expresión emocional y fortalecen la interacción social, especialmente mediante la ruptura de la rutina y la reminiscencia con objetos manipulables.

Mediació Cultural: Objectes, Records i Diàleg Intergeneracional

Este proyecto, en línea con iniciativas previas como La Caixa dels Records, busca explorar nuevas formas de involucrar a las personas mayores con DCL, fomentando un rol activo en espacios museísticos. A partir de esta necesidad surge la propuesta central del proyecto: ofrecer a personas mayores con DCL la posibilidad de ejercer como guías de L'ETNO compartiendo recuerdos y experiencias vinculadas con objetos cotidianos que forman parte de su historia de vida. La visita guiada está destinada a grupos de visitantes de diversas edades. El contacto intergeneracional potencia el bienestar y la inclusión social de las personas mayores, además de ayudar a reducir el edadismo, aumentar la empatía entre generaciones y fortalecer la cohesión social (Burnes et ál. 2019; Krzeczowska et ál. 2021). Los grupos de visitantes desconocen, hasta el final de la sesión, el DCL de las personas guía, lo que evita la discriminación positiva y permite cuestionar creencias asociadas a la vejez y al DCL. Esta propuesta metodológica, iniciada en septiembre de 2025, se encuentra actualmente en proceso de consolidación, habiendo superado ya su fase piloto y el seguimiento y la aprobación de la comisión de investigación de la Universidad Europea (CI 2025-580).

El proyecto analiza el impacto de la actividad tanto en las personas guía como en los grupos receptores, considerando variables de satisfacción, participación, interacción intergeneracional y percepción del deterioro cognitivo.

Hasta enero de 2026, en las visitas guiadas realizadas en L'ETNO, han participado: 5 personas como guía, 3 hombres y 2 mujeres, con una edad media de 75 años, y 23 personas como visitantes, siendo un 73,9 % mujeres y un 26,1 % hombres, con una edad media de 30,4 años. El grupo receptor no supera las 8 personas por sesión.

La actividad se estructura en tres fases. La organización previa incluye la coordinación con el equipo museístico y la elección de las personas guía y del grupo receptor. La preparación de la visita comprende el recorrido preliminar por el museo, las sesiones de planificación y la elaboración de materiales de apoyo. La visita guiada es conducida por las personas guía, con el acompañamiento del o la profesional de referencia (COTLAS), quien



Visita guiada al ámbito "Ciutat" de la exposició permanent de L'ETNO, en el marc del programa de activitats del projecte Mediació Cultural: Objectes, Records i Diàleg Intergeneracional

registra la informació para la evaluació qualitativa y cuantitativa de la actividad.

Se realizan entrevistas inmediatamente después de la visita tanto a las personas guía como al grupo receptor. En el caso del grupo receptor, se complementa con un cuestionario *ad hoc*. La evaluación se completa con los testimonios de las personas participantes y de sus familias, recogidos durante y después de la actividad.

Los resultados preliminares muestran un impacto positivo tanto en las personas mayores con DCL como en los grupos receptores. Se evidencia un efecto emocional duradero, reflejado en los testimonios de los participantes y de sus familiares. Para el grupo receptor, la experiencia se percibe como enriquecedora y novedosa, distinta de una visita guiada convencional. Asimismo, los datos evidencian un cambio en la percepción sobre las capacidades de las personas con DCL.

En conjunto, la participación de personas con DCL como guía en museos etnológicos constituye una estrategia viable y significativa, capaz de generar entornos culturales inclusivos, socialmente enriquecedores y emocionalmente positivos. Aunque los resultados son exploratorios y provienen de una

muestra reducida, justifican la continuidad y la ampliación de la investigación en fases posteriores del proyecto.

Re-Creant Identitat

Re-Creant Identitat (Re-creando Identidad) es un proyecto de mediación cultural y bienestar, diseñado *ad hoc* por Albert Fernández y Mónica Cases para L'ETNO. Su objetivo es investigar, promover y acompañar procesos de construcción de la identidad individual y social mediante prácticas artísticas desarrolladas en un entorno cultural comunitario. Desde esta perspectiva, persigue favorecer la reflexión sobre los procesos identitarios y el impacto del diagnóstico, potenciar la expresión simbólica y emocional, reforzar la singularidad y el valor de las personas participantes, fomentar la cohesión grupal y facilitar la apropiación del museo como espacio inclusivo y significativo.

La identidad es un proceso dinámico que se construye a lo largo de la vida. Desde la psicología social y cultural se ha señalado que la identidad individual no puede comprenderse sin atender a la identidad social, entendida como el conjunto de significados, pertenencias y expectativas que median la relación de la persona con su entorno (Tajfel y Turner 1986; Aretio 2010).

En el ámbito de la salud mental, este proceso se ve especialmente atravesado por el peso del diagnóstico y del estigma asociado. Diversos estudios han mostrado cómo la etiqueta diagnóstica puede convertirse en un elemento central y limitante de la identidad, desplazando otras dimensiones personales y reduciendo la complejidad del yo a una categoría clínica (De Bonis et ál. 1995; Link y Phelan 2001). Frente a este escenario, resulta necesario generar espacios que permitan reconstruir narrativas identitarias más



Taller de creación artística del proyecto Re-creant identitat

amplias, situadas y humanas, alejadas del contexto clínico y conectadas con la vida cultural y comunitaria.

El diseño y el desarrollo de la actividad se ha concebido en diálogo directo con la exposición permanente de L'ETNO: No és fàcil ser Valencià/na. A partir del relato sobre la identidad colectiva que plantea la muestra, el proyecto propone un tránsito progresivo hacia la identidad individual y la identidad social situada de cada participante.

El proyecto se estructura en módulos flexibles de entre dos y ocho sesiones y tres horas de duración, adaptados a las características de cada grupo. Cada sesión combina visitas guiadas, dinámicas grupales, reflexiones narrativas y experiencias artísticas; empleando el arte como herramienta complementaria al lenguaje verbal a fin de reducir resistencias y favorecer la confianza y la participación (Malchiodi 2012).

Desde su inicio en 2023, Re-creant Identitat ha crecido hasta acoger tres proyectos anuales dirigidos a grupos comunitarios de salud mental de la provincia de València, entre los que se encuentra el Hospital de Salud Mental de Bétera, institución, junto con L'ETNO, perteneciente a la Diputació de València. Los resultados cualitativos constatan un aumento de la expresión emocional, la desinhibición progresiva y la generación de vínculos grupales significativos, reconociéndose como personas valiosas en el ámbito social y cultural.

Como extensión del proceso, algunas sesiones culminan en la creación de un mural colectivo que se expone en las salas permanentes de L'ETNO bajo la denominación: Descobrint Murs (Descubriendo Muros). La muestra temporal convierte el trabajo interno en una propuesta visible para la comu-



Taller dialógico del proyecto Re-Creant Identitat en el ámbito Horta i Marjal de la exposición permanente de L'ETNO

nidad y contribuye a reforzar la confianza individual y el reconocimiento social del grupo.

Cuida a qui et cuida

Este proyecto (Cuida a quien te cuida), iniciado en 2023, tiene por objetivo capacitar, apoyar y acompañar en la labor ejercida por las personas cuidadoras informales de personas en situación de dependencia, fortaleciendo sus competencias en cuidados y autocuidados, previniendo la sobrecarga y la despersonalización, visibilizando y reconociendo socialmente su labor y promoviendo redes de apoyo mutuo que contribuyan a reducir el aislamiento y a mejorar el bienestar individual y el de la comunidad.

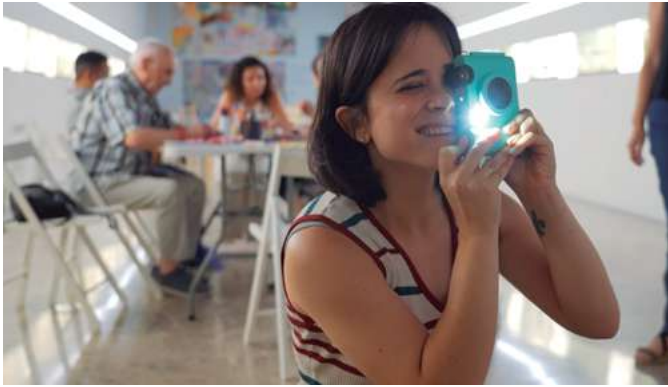
A raíz de la falta de formación detectada en materia de cuidados de las cuidadoras y de los cuidadores informales de personas dependientes de la zona básica de salud adscrita al CS Guillem de Castro, surge la iniciativa por parte del equipo de enfermería del CS de formar y capacitar a estas personas para que puedan brindar unos cuidados efectivos y de calidad, a la vez que dotarlas de herramientas para el autocuidado. Para el desarrollo del proyecto se contó con la colaboración de la fotógrafa Lydia Jaramillo en el abordaje del tema de la despersonalización forzada y el duelo, al tratarse en su mayoría de mujeres migrantes que sufren la supresión de sus roles y de sus profesiones de origen.

El proyecto consta de seis sesiones de hora y media programadas en torno a tres bloques:

Bloque I: Cuidar. Se desarrolla íntegramente en el CS de Guillem de Castro y cuenta con la labor realizada por el equipo de salud. Se centra en la profesionalización y en el aprendizaje de las labores del cuidador: higiene personal y del entorno, movilizaciones y transferencias, alimentación, primeros auxilios, etc.

Bloque II: Cuidarse. Es desarrollado por el equipo de salud en el CS de Guillem de Castro en colaboración con el personal de L'ETNO. El objetivo de esta sección es el aprendizaje de herramientas de vida que posibiliten la mejora física y psicológica de las personas usuarias. Aquí, se implementa la comunicación, las técnicas de relajación, la higiene postural, etc. Como ejemplo de las dinámicas efectuadas en este bloque, encontramos: El Riu de la Vida:

El taller se inicia con una visita guiada virtual al ámbito "Ciutat" de la exposición permanente. La dinámica central favorece, a través de la expresión artística, el ejercicio introspectivo de las diferentes trayectorias de vida. El recorrido, centrado en el proceso migratorio, incluye el lugar de origen, el



Taller La Maleta que vaig ser, la que sóc i la que seré desarrollado en la salas del ámbito Secà i Muntanya de la exposició permanente de L'ETNO, en el marco del programa de actividades del proyecto Cuida a qui et cuida

proceso de despersonalización, el destino, las dificultades y los sentimientos consustanciales al cambio. Tomando como referencia elementos de la exposición permanente, detonantes de memoria, cada persona usuaria comunica su experiencia personal en un espacio de confianza.

Bloque III: La experiencia del cuidar. Se desarrolla mayoritariamente en las salas permanentes de L'ETNO. El objetivo de esta fase es brindar a las personas cuidadoras un espacio de bienestar y reflexión personal que fortalezca su resiliencia, visibilice su trayectoria vital y fomente su red de apoyo social. En esta sección se desarrolla: La maleta que fui, la que soy y la que seré:

La sesión se realiza en el ámbito Secà i Muntanya de la exposició permanente. El taller utiliza la metáfora de la maleta como símbolo de trayectoria vital, invisibilidad, resiliencia e identidad. La visita guiada establece un paralelismo entre las poblaciones del interior valenciano, caracterizadas por el esfuerzo y el olvido, y las vivencias de las personas cuidadoras, frecuentemente excluidas del relato oficial. Esta conexión simbólica introduce la dinámica central de la sesión: La Maleta que vaig ser, la que sóc i la que seré.

El proyecto, con tres ediciones desarrolladas y una cuarta en preparación, incorpora un sistema de evaluación pre y post intervención para medir el aprendizaje, la satisfacción y la adecuación de las acciones. A la espera de nuevas ediciones, han participado 25 personas cuidadoras, mayoritariamente de origen latinoamericano.

L'ETN(H)OSPITAL

L'ETN(H)OSPITAL surge en 2019 a partir de la colaboración entre la Unitat Pedagògica Hospitalària del Hospital Universitari Doctor Peset de València y L'ETNO. En su planteamiento inicial del proyecto, el museo cedía diverso material manipulativo procedente de sus talleres educativos con el objetivo de que el alumnado hospitalizado pudiera llevar a cabo actividades bajo la

supervisión del personal docente. Entre los materiales facilitados se incluían recursos para la construcción de juguetes tradicionales, juegos relacionados con la indumentaria tradicional y un juego de mesa participativo sobre la importancia del uso del agua en la sociedad valenciana. Con el paso del tiempo, el programa se extendió también a la Unitat Pedagògica Hospitalària del Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

Con la incorporación del Hospital Clínic Universitari de València al programa en el curso 2025-2026, se llevó a cabo una revisión del planteamiento inicial. Tras diversas sesiones de trabajo, se detectó que la cesión de materiales para actividades colaborativas en el aula no generaba un interés suficiente en el alumnado. En consecuencia, se optó por ofrecer propuestas más similares a las actividades que el museo desarrolla en centros educativos o en sus propias instalaciones, contando con la intervención directa de especialistas. En este sentido, se incorporaron sesiones de animación lectora y creación artística como *Marieta i el Mort* (noviembre de 2025). Los resultados concluyen que esta tipología de actividad resulta significativamente más motivadora, beneficiosa y educativa.

El proyecto se desarrolla en el marco de las políticas educativas inclusivas, que buscan garantizar la equidad y el derecho a la educación para todo el alumnado, incluso en contextos no convencionales como los hospitales. Los menores hospitalizados pueden encontrarse en situación de vulnerabilidad educativa y emocional, y la pedagogía hospitalaria ofrece una atención adaptada a sus necesidades, asegurando la continuidad del aprendizaje y ayudando a reducir los efectos negativos de la hospitalización, como miedo, estrés o ansiedad (Ortiz 2001; Hughes 2001).

Esta práctica se basa en los derechos del niño hospitalizado recogidos en la Carta Europea de los Derechos de los Niños Hospitalizados (1986) y en la Convención sobre los Derechos del Niño (1989). En la Comunitat Valenciana, las Unidades Pedagógicas Hospitalarias, dependientes de la Conselleria d'Educació, Cultura i Universitats y reguladas por la Resolución de 21 de julio de 2025, garantizan la continuidad curricular y la inclusión educativa y social, coordinándose estrechamente con el personal sanitario.

CONCLUSIONES

En el informe publicado en 2022 por el *think tank* TrendsWatch de la American Alliance of Museums (AAM), se analiza en profundidad la idea de museo como infraestructura comunitaria. Esta perspectiva entiende al museo no solo como un espacio de conservación y de difusión del patrimonio, sino como un actor que opera en estrecha colaboración con otras estructuras comunitarias, desempeñando un papel activo en la vida social y cultural de

su entorno. Aunque la idea no es completamente novedosa, se trata de una visión especialmente desarrollada en contextos anglosajones que, en el marco europeo actual, cobra un renovado protagonismo ante los desafíos demográficos y de convivencia y la presión sobre los servicios públicos.

Entre los factores que configuran este escenario se incluyen el envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades neurodegenerativas y de diagnósticos en salud mental y la adopción de políticas de contención presupuestaria que dificultan el mantenimiento de los niveles de atención sanitaria propios de un estado de bienestar. Estos elementos tienen un impacto directo sobre la capacidad de los sistemas de salud, generando la necesidad de repensar los espacios culturales como agentes activos del bienestar colectivo. En este contexto, el informe subraya la noción de “salud mental para todos” como uno de los pilares fundamentales en los que los museos pueden intervenir (AAM 2022).

Los proyectos presentados constituyen un punto de partida y representan una fase inicial que aspira a consolidarse y a desarrollarse a medio y largo plazo. La estrategia planteada, basada en la colaboración con profesionales del ámbito de la salud, tiene por objetivo generar evidencia científica que respalde los programas de bienestar del museo, consolidando así a L'ETNO como recurso activo para la mejora de la calidad de vida y como un componente integral y efectivo –no meramente teórico– de la infraestructura comunitaria de salud y bienestar.

BIBLIOGRAFÍA

- AAM [American Alliance of Museums] (2022) *TrendsWatch: Museums as a Community Infrastructure*. Center for the Future of Museums. Disponible en: <https://www.aam-us.org/programs/trendswatch/> [Consulta: 01/03/2026]
- American Psychiatric Association (2022) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5.ª ed. Texto revisado. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- Aretio, A. (2010) *Identidad social y estigma*. Madrid: Síntesis
- Ávila, N. (2023) *Recetas de arte y cultura para mejorar la salud*. *The Conversation*. 3 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://theconversation.com/recetas-de-arte-y-cultura-para-mejorar-la-salud-218761> [Consulta: 17/12/2025]
- Ávila, N. (2024) Momentum arte y salud. *Comunidad*, vol. 26, n.º 2, julio. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2339-78962024000200006 [Consulta: 10/12/2025]
- Bai, W., Chen, P., Cai, H., Zhang, Q., Cheung, T., Jackson, T., Sha, S., Xiang, Y-T. y Su, Z. (2022) Worldwide prevalence of mild cognitive impairment among community dwellers aged 50 years and older: a meta-analysis and systematic review of epidemiology studies. *Age and Ageing*, vol. 51, n.º 8, afac173. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ageing/afac173>
- Bondil, N. y Legari, S. (2022) Museum therapy: Promoting Health, Well-Being and Therapy Through Arts. En: Tay, L. y Pawelski, J.O. (ed.) *The Oxford Handbook of the Positive Minds*. Disponible en: <https://erenow.org/common/the-oxford-handbook-of-the-positive-humanities/36.php> [Consulta: 01/03/2026]
- Burnes, D., Sheppard, C., Henderson, C.R.Jr., Wassel, M., Cope, R., Barber, C. y Pillemer, K. (2019) Interventions to reduce ageism against older adults: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 109, e1-e9. Disponible en: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2019.305123> [Consulta: 20/12/2025]
- Butler, R.N. (1963) The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, vol. 26, n.º 1, pp. 65-76
- Camic, P. M., Hulbert, S. y Kimmel, J. (2019) Museum object handling: A health-promoting community-based activity for dementia care. *Journal of Health Psychology*, vol. 24, n.º 6, pp. 787-798
- Chatterjee, H. y Noble, G. (2013) *Museums, Health and Well-Being*. Londres: Routledge
- D'Andrea, F., Denning, T. y Tischler, V. (2022) Object handling for people with dementia: a scoping review and the development of intervention guidance. *Innovation in Aging*, vol. 6, n.º 5, igac043. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/geroni/igac043> [Consulta: 10/12/2025]
- De Bonis, M., De Boeck, P., Lida-Pulik, H. y Féline, A. (1995) Identity disturbances and self-other differentiation in schizophrenics, borderlines, and normal controls. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 36, n.º 5, pp. 362-366. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(95\)90117-5](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(95)90117-5)
- Eke, E. (2023) Role of Museums in Promoting Health and Well-Being of Seniors and Dementia Patients: Reminiscence Sessions. *Culture Crossroads*, vol. 23, n.º 1, pp. 118-129
- Hughes, B.M. (2001) Psychology, hospitalization and some thoughts on medical training. *European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health*, vol. 4, n.º 1, pp. 7-26
- INE [Instituto Nacional de Estadística]. (2024) *Cifras de población y censos demográficos*
- Jiao, Y., Huang, K., Liu, H., Gains, H., Jia, Y. y Chen, L. (2025) Effectiveness of reminiscence therapy on multiple health outcomes for older adults: an umbrella review. *BMC geriatrics*, vol. 25, n.º 1, art. 847
- Krzeczowska, A., Spalding, D.M., McGeown, W.J., Gow, A.J., Carlson, M.C. y Brown Nicholls, L.A. (2021) A systematic review of the impacts of intergenerational engagement on older adults' cognitive, social, and health outcomes. *Ageing Research Reviews*, vol. 71, 101400. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101400>
- Letrondo, P. A., Ashley, S. A., Flinn, A., Burton, A., Kador, T. y Mukudam, N. (2023) Systematic review of arts and culture-based interventions for people living with dementia and their caregivers. *Ageing Research Reviews*, vol. 83, 101793
- Link, B. y Phelan, J. (2001) Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, vol. 27, pp. 363-385
- Lizasoain Rumeu, O. (2005) Los derechos del niño enfermo y hospitalizado. El derecho a la educación. Logros y perspectivas. *Estudios Sobre Educación*, n.º 9, pp. 189-201. Disponible en: <https://doi.org/10.15581/004.9.25579> [Consulta: 01/03/2026]
- Malchiodi, C. (2012) *Handbook of art therapy*. New York: Guilford Press
- Observatorio Vasco de la Cultura (2022) *Cultura y salud*. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/noticia/keb_argit_22_osasuna/es_def/adjuntos/Observatorio-Vasco-de-la-Cultura-2022_Cultura-y-salud.pdf [Consulta: 17/12/2025]
- Ortiz, M.C. (2001) Perspectivas de la pedagogía hospitalaria. En: Grau, C. y Ortiz, M.C. *La pedagogía hospitalaria en el marco de la educación inclusiva*. Málaga: Aljibe, pp. 19-55
- Redondo, R. y Moreno Martín, A. (2017) Desensado recuerdos: El uso de los objetos etnológicos en la terapia

de reminiscencias para personas con Alzheimer y otras demencias. *Revista Valenciana d'Etnologia*, n.º 9, pp. 135-149

- Redondo Flores, R. y Moreno Martín, A. (2019) Aplicaciones terapéuticas del patrimonio: sesiones de reminiscencia con objetos etnológicos para personas mayores. *Memoria Viva*, n.º 11
- Roigé, X. y Arrieta Urtizberea, I. (2014) ¿Una sociedad congelada?: la representación de la sociedad rural en los museos. *Arxius de Ciències Socials*, n.º 30, pp. 73-86
- Rollins, J.H., Bolig, R. y Mahan, C.C. (2005) *Meeting children's psychosocial needs across the health-care continuum*. Austin: Pro-Ed
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A. y Valiente, R.M. (1999) Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, vol. 11, n.º 1, pp. 37-51. Disponible en: <https://www.psicothema.com/pdf/229.pdf> [Consulta: 06/05/2026]
- Tajfel, H. y Turner, J. (1986) The social identity theory of intergroup behavior. En: Worchel, S. y Austin, W. (ed.) *Psychology of intergroup relations*. Chicago: Nelson-Hall, pp. 7-24
- WHO [World Health Organization] (2019) *Intersectoral action: the arts, health and well-being*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Zhu, Y., Al Mahmud, A. y Liu, Y. (2023) Social connections and participation among people with mild cognitive impairment: Barriers and recommendations. *Frontiers in Psychiatry*, vol. 14. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1188887> [Consulta: 29/12/2025]

Curanderas canarias, tradiciones de sanación

Beatriz Chinaa | Cineasta y productora

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6079>

RESUMEN

Este artículo recoge la experiencia de tres años de investigación, rodaje y montaje del documental, impulsado por el Gobierno de Canarias, *Curanderas Canarias, Tradiciones de Sanación*, y de su posterior itinerancia por las Islas Canarias en unas jornadas de divulgación que han transformado mi propia visión sobre este oficio ancestral. El punto de partida fue mi inquietud por registrar y visibilizar la historia de unas personas muy especiales, en su mayoría mujeres, que tenían el don, la habilidad o la capacidad de curar o de aliviar ciertas dolencias, como el mal de ojo, la culebrilla, la carne abierta o el aire, cuando no había médicos en Canarias o eran un privilegio al alcance de muy pocos, sobre todo en las zonas rurales.

Esas mujeres eran las curanderas, las santiguadoras, las hierberas y las parteras, que estaban presentes en todas las islas y aplicaban diferentes métodos para curar, como cataplasmas, plantas medicinales, la imposición de manos, rezos y santiguados; algunos de ellos tenían un componente, un halo de misterio. Sus conocimientos se transmitían de generación en generación, según la tradición ancestral.

Este conocimiento se percibía en riesgo de desaparición, aunque el trabajo de campo para elaborar el documental y su posterior divulgación han demostrado que estas prácticas están más vivas de lo esperado. La realidad encontrada durante las fases de investigación, rodaje y, especialmente, en el contacto directo con el público participante en las mesas redondas, ha constatado la existencia de una red viva de saberes ancestrales de sanación que persiste tanto en núcleos rurales como urbanos.

Palabras clave

Cine documental | Curanderas | *Curanderas Canarias, Tradiciones de Sanación* | Divulgación | Documentación | Hierberas | Islas Canarias | Medicina popular | Medicina tradicional | Mujeres | Parteras | Registro | Salud | Santiguadoras | Tradición oral |



Curandera realizando la práctica tradicional de “quitar el sol” para aliviar la insolación, colocando un vaso de agua invertido sobre la cabeza del paciente cubierta con un paño | foto Beatriz China, autora de todas las imágenes que ilustran esta contribución si no se indica lo contrario

Este artículo recoge la experiencia de tres años de investigación, rodaje y montaje del documental *Curanderas Canarias, Tradiciones de Sanación* (2024), y de su posterior itinerancia por las Islas Canarias en unas jornadas de divulgación que han transformado mi propia visión sobre este oficio ancestral. El punto de partida fue mi inquietud por registrar y visibilizar la historia de unas personas muy especiales, en su mayoría mujeres, que tenían el don, la habilidad o la capacidad de curar o de aliviar ciertas dolencias, como el mal de ojo, la culebrilla, la carne abierta o el aire, cuando no había médicos en Canarias o eran un privilegio al alcance de muy pocos, sobre todo en las zonas rurales.

Esas mujeres eran las curanderas, las santiguadoras, las hierberas y las parteras, que estaban presentes en todas las islas y aplicaban diferentes métodos para curar, como cataplasmas, plantas medicinales, la imposición de manos, rezos y santiguados; algunos de ellos tenían un componente, un halo de misterio. Sus conocimientos se transmitían de generación en generación, según la tradición ancestral.

Este conocimiento se percibía en riesgo de desaparición, aunque el trabajo de campo para elaborar el documental y su posterior divulgación han demostrado que estas prácticas están más vivas de lo esperado. La realidad

Partera tradicional y hierbera en su casa, preparando y colgando manojos de hierbas para su secado y posterior uso medicinal



encontrada durante las fases de investigación, rodaje y, especialmente, en el contacto directo con el público participante en las mesas redondas, moderadas por el periodista José Gregorio González, parte principal de las jornadas de divulgación del documental, nos ha permitido constatar una imagen muy distinta: la existencia de una red viva de saberes ancestrales de sanación que persiste tanto en núcleos rurales como urbanos.

GÉNESIS Y OBJETIVOS DEL PROYECTO DOCUMENTAL

El documental *Curanderas Canarias, Tradiciones de Sanación* nace de mi interés por las tradiciones canarias, especialmente por la sabiduría ancestral de las mujeres, que me llevó a querer plasmar en un documental la labor de las curanderas, santiguadoras, hierberas y parteras. Me motivó el deseo de recuperar la memoria de estas mujeres y visibilizar su importante papel en la sanación y en la transmisión de las tradiciones y la cultura canaria.

Tras años de trayectoria en el género documental explorando la identidad del archipiélago, surgió de manera natural el deseo de profundizar en una de las manifestaciones más íntimas y esenciales de nuestra cultura: la medicina popular y la figura de las curanderas tradicionales. Vi la necesidad de realizar un documental para dar el merecido reconocimiento y valoración a estas personas que tanto bien han hecho cuando había pocos médicos en Canarias.

Este proyecto ha sido financiado por la Dirección General de Cultura y Patrimonio Cultural del Gobierno de Canarias, con el propósito fundamental de registrar la labor de curanderas, santiguadoras, hierberas y parteras en las Islas Canarias, analizando sus diferentes prácticas y la función social que han desempeñado. Se buscaba entender estas prácticas, no como meras curiosidades del pasado, sino como sistemas complejos de cuidados que ofrecieron salud y bienestar en contextos de difícil acceso a la medicina convencional. Así, el documental y las posteriores acciones de divulgación se plantearon como una herramienta educativa y de homenaje, destinada a asegurar la transmisión de la existencia de esas prácticas ancestrales a las generaciones presentes y futuras.

METODOLOGÍA: EL ENCUENTRO CON LAS PROTAGONISTAS

El proceso de investigación y rodaje de este proyecto se extendió durante tres años, abarcando las ocho islas del archipiélago. El desarrollo de la obra siguió un proceso ordenado dividido en varias fases: una investigación previa acerca del tema, la búsqueda activa de testimonios en el territorio, la redacción del guion, el rodaje en las distintas islas y la edición final.



Una santiguadora realizando la práctica del santiguado a una persona, haciendo uso de una planta como parte del ritual de sanación

Encontrar hoy en día a las personas depositarias de este saber de curación ancestral es una labor complicada, muchas de ellas ya no ejercen de cara al público, lo hacen solo en el ámbito familiar, tampoco hacen publicidad de sus servicios por los medios habituales, ni aparecen en listados o documentos oficiales, simplemente son conocidas por sus vecinos por el tradicional boca a boca. Para llegar hasta ellas fue necesario un trabajo de campo fundamentado en recorrer los pueblos, preguntar a los residentes y contactar con asociaciones culturales y ayuntamientos.

Uno de los mayores desafíos en este camino fue superar el silencio y el tabú que en ocasiones rodea a la práctica de la curandería. Muchas de las personas contactadas mostraron inicialmente cierta reticencia a hablar frente a la cámara, motivada por el temor a la crítica social o por la convicción de que su conocimiento pertenece al ámbito estrictamente personal y privado. A esto se suma que muchas de estas mujeres le quitan importancia a lo que hacen, restando valor a su propio saber.

Como documentalista he entrevistado a mucha gente y, en particular, siempre me ha interesado mucho lo que tienen que contar nuestros mayores, sus vidas, sus experiencias, sus saberes. Pero antes de ponerles frente a la cámara me gusta conocerles, charlar con ellos sin prisas, escucharles con atención, hasta construir una relación íntima y de respeto mutuo. Después de varios encuentros, y solo si ellos se sienten cómodos, es cuando realizo la grabación de la entrevista. No siempre consigo que acepten, pero el haberles conocido siempre me enriquece.

A través de este vínculo que busco con los protagonistas de mis trabajos, fue posible que estas mujeres se abriesen a compartir sus experiencias y cono-

cimientos, y conseguir el efecto deseado de que se vieran reflejadas en la pantalla con orgullo.

He recogido la experiencia de cerca de una treintena de personas. Si bien es cierto que en su gran mayoría son mujeres –debido a que tradicionalmente el conocimiento ancestral se ha transmitido de generación en generación a través de las mujeres por su vinculación con el hogar y el cuidado de la familia–, la investigación ha constatado que también existen hombres que ejercen estos oficios. Aunque los curanderos son minoritarios en este contexto, su presencia es igualmente significativa y su labor comparte la misma raíz de servicio altruista y conexión con la naturaleza.

TÉCNICAS EMPLEADAS Y DOLENCIAS TRATADAS

La investigación para la obra me ha permitido registrar una gran variedad de técnicas y especialidades que forman el mundo de la sanación popular en Canarias. Las santiguadoras, parteras, hierberas y curanderas han sido las encargadas de custodiar un conocimiento profundo sobre el uso de plantas medicinales, rezos, santiguados, imposición de manos, masajes y otras técnicas, que utilizan para tratar dolencias específicas como el empacho, el mal de ojo (daño o malestar producido por la energía transmitida a través de la mirada de otras personas, de forma intencionada o involuntaria), la carne abierta (rotura de fibras musculares o tendones), la culebrilla (herpes Zóster), la erisipela (infección bacteriana de la piel), el aire (malestar después de una corriente de aire), o el sol (insolación).

Estas personas pueden utilizar varios métodos para sanar, o bien, se especializan en una sola técnica, como los esteleros, que se dedican exclusivamente a curar fracturas y luxaciones, haciendo uso de sus manos y remedios naturales.

Detalle de la imposición de manos sobre una paciente para tratar la dolencia conocida como el "susto"

Preparación de un remedio natural mediante una infusión de manzanilla, mostrando el uso tradicional y casero de las plantas medicinales





Detalle de las manos de un curandero de El Hierro realizando un masaje tradicional en el abdomen, acompañado de un rezado, para tratar la dolencia del empacho

Estos saberes no solo se limitan a la aplicación de remedios físicos, sino que integran una dimensión espiritual y energética. Prácticas como el santiguado, los rezos o la imposición de manos son percibidas como herramientas para canalizar energías y restaurar el equilibrio de la persona hasta alcanzar la sanación. De hecho, un tema recurrente en las charlas con el público fue si cualquiera puede santiguar o si hace falta tener un don. Mientras unas curanderas decían que es un don que pasa de generación en generación, otras explicaban que lo importante es saber el rezo y hacerlo con mucha fe e intención de ayudar.

Tradicionalmente, las curanderas no pedían dinero por sus servicios, al considerar que no debía comercializarse un don para ayudar a los demás, incluso existía la creencia de que si se cobraba se podía perder el don. En su lugar, los pacientes expresaban su gratitud dejando “la voluntad”, o bien, mediante la compensación con comida, alojamiento o regalos.

Durante el trabajo de campo surgieron anécdotas que muestran el respeto que estas prácticas inspiran, como la costumbre en La Gomera de avisar a dos curanderas para que santiguaran a distancia separadas por un barranco, o casos de médicos que pedían los rezos al ver su eficacia. También es muy llamativa la historia de una curandera de El Hierro que, al santiguar para el mal de ojo, ponía un barreño de agua a los pies de la persona para ver reflejada en el agua a quien lo había causado.

Esta labor de sanación también se extendía a los animales y plantas, era habitual que se llamara a la curandera para santiguar a una cabra o a un

cochino que se negaba a comer, bajo la firme convicción de que ellos también podían ser víctimas de un mal de ojo o de un aire.

Se cree que en los rezos o santiguados tiene un papel relevante la musicalidad repetitiva, una cadencia que actúa de forma similar a un mantra, envolviendo al paciente en una atmósfera de calma que puede llegar a adormecer incluso a un bebé con cólicos o a un adulto en tensión.

Esta conexión energética tiene también un reflejo físico inmediato en quien cura. Los bostezos constantes durante la cura son interpretados como una señal de la carga que se está extrayendo, si la curandera bosteza profundamente y de forma repetida, es indicativo de que el mal de ojo es muy fuerte.

Otro aspecto relevante en la tradición de las curanderas es el número impar, una pieza clave para que la sanación funcione. Se aplica en cada paso del proceso: los santiguados se realizan casi siempre durante tres días y, si se usan hierbas, siempre se eligen en cantidades impares (como 3, 5 o 7 tipos diferentes). No hay una explicación teórica exacta de por qué tiene que ser así, simplemente es una parte esencial de la tradición heredada.

EVOLUCIÓN Y VIGENCIA

Contrariamente a la percepción común, que sitúa la curandería como una práctica exclusiva del pasado, el desarrollo de este proyecto ha revelado que la tradición goza de una vigencia notable en la sociedad canaria actual. Uno de los hallazgos más significativos obtenidos durante las jornadas de divulgación fue constatar que, lejos de estar en extinción, estas prácticas han sabido adaptarse a los cambios sociales y tecnológicos. En los coloquios celebrados en las diversas islas, se compartieron testimonios sobre cómo algunas curanderas ofrecen hoy sus servicios de forma presencial y también a través de herramientas digitales, utilizando el teléfono o la videollamada para realizar sus consultas y métodos de sanación a distancia.

Asimismo, el proyecto ha servido para identificar indicios claros de un relevo generacional que garantiza la continuidad de este legado. Aunque de forma minoritaria, se ha detectado el interés de personas jóvenes que han heredado estos conocimientos dentro de sus familias y que han encontrado en estas jornadas un espacio de reconocimiento y validación. Este fenómeno sugiere que la medicina popular no es un elemento estático, sino una red de saberes en constante evolución que genera sinergias con las necesidades del mundo contemporáneo. La gran afluencia de público y la participación activa de nuevas generaciones demuestran que, en un entorno tan tecnológico, persiste el deseo de encontrar formas de sanar más naturales, que no se basen exclusivamente en el uso de medicamentos.

Este interés se vio especialmente en las personas mayores que acudieron a las jornadas. Muchas de ellas participaron con mucha emoción y añoranza, transportándose a su pasado y recordando anécdotas de cuando estos cuidados eran la única ayuda que tenían. Un ejemplo muy especial que se compartió en el coloquio de Lanzarote fue el de un hombre que había sido voluntario de la Cruz Roja en los años ochenta. Recordó que acudieron a un accidente donde debía haber cuatro heridos, pero al llegar solo encontraron a tres. El misterio se resolvió al descubrir que un coche que pasaba por allí se había llevado al cuarto herido, no a un hospital o a un centro sanitario, sino directamente a una curandera que terminó por sanarlo. Estas historias, junto a la de otra mujer que contaba cómo su padre la llevaba siempre al curandero antes que a cualquier sitio cuando se caía de niña, demuestran que estas prácticas siguen siendo una red de ayuda muy querida y respetada en nuestras islas. Todo esto, unido a que también hay gente joven interesada en aprender, nos da la esperanza de que la tradición no se pierda.

EL IMPACTO DEL DOCUMENTAL

La repercusión del proyecto *Curanderas Canarias, Tradiciones de Sanación* ha superado las expectativas iniciales, tanto en el ámbito digital como en el presencial. En plataformas digitales, el documental ha alcanzado miles de visualizaciones en un breve periodo de tiempo, lo que refleja un interés por recuperar y comprender estas prácticas de sanación. Además, la obra ha obtenido un reconocimiento internacional significativo al ser seleccionada en festivales de cine de ciudades como Nueva York, Ohio, Ahmedabad, Londres y Madrid, proyectando la riqueza del patrimonio inmaterial canario fuera del archipiélago.

Uno de los resultados más tangibles ha sido la celebración de las siete jornadas de divulgación financiadas por la Dirección General de Cultura y Patrimonio Cultural del Gobierno de Canarias. Estas actividades, que incluyeron la proyección del documental y mesas redondas en todas las islas, registraron una asistencia masiva y un agotamiento inmediato de las plazas disponibles en lugares como Arrecife o Güímar.

Los coloquios no solo sirvieron para difundir el trabajo audiovisual, sino que actuaron como espacios de escucha donde los propios asistentes compartieron testimonios inéditos y, en ocasiones, entregaron documentos familiares con rezos y remedios para asegurar su preservación. Fue muy llamativo y emocionante que en muchos coloquios se repetía la misma escena, personas que pedían el micrófono para reconocer en público que eran curanderas, personas que no conocíamos previamente, que habían acudido a la jornada de divulgación con la idea de ver el documental y escuchar lo que se decía



Cartel del documental *Curanderas Canarias, Tradiciones de Sanación*, en el que se observan unas manos sosteniendo un vaso de agua para la práctica tradicional de "quitar el sol" (remedio para la insolación), con la emblemática Montaña de Tindaya (Fuerteventura) de fondo | diseño Beatriz Chinae



Mesa redonda durante la jornada de divulgación en Fuerteventura, moderada por José Gregorio González y con la participación de la directora del documental Beatriz Chinae, junto a un curandero, una curandera y especialistas en la materia | foto Máximo Marrero

Momento del coloquio en la jornada de divulgación de Gran Canaria, moderado por José Gregorio González y con la presencia de la directora del documental Beatriz Chinae y especialistas sobre la sanación ancestral | foto Sonia Hakansson Rivero

de forma discreta, sin participar, pero que al ver el enfoque del documental, al comprobar el cariño y el respeto con el que se trata el tema y escuchar el testimonio de reconocimiento y agradecimiento del público que contaba sus experiencias con mujeres como ellas, finalmente decidían romper su silencio y admitir con orgullo que también eran curanderas.

El impacto social se manifiesta también en la generación de un debate necesario sobre la integración de la medicina popular en la salud pública y el reconocimiento de la figura de las sanadoras en la historia oficial. Todos estos coloquios estuvieron moderados por el periodista José Gregorio González y contaron con la participación de diferentes yerberos, santiguadores, curanderas, curanderos y partera tradicional invitados en cada isla, además de personas que colaboraron estrechamente en el documental como la antropóloga Elsa López o el historiador Pedro Carreño.

CONCLUSIONES

La realización del documental *Curanderas Canarias, Tradiciones de Sanación* y la celebración de las jornadas de divulgación me han permitido constatar que la curandería en Canarias no es un residuo del pasado, sino una red de saberes viva que pide su sitio en nuestra historia. El hecho de ver las salas llenas en cada isla me ha confirmado que la gente no solo tiene ganas de compartir sus vivencias y recuerdos, sino que hay una curiosidad enorme por saber más e incluso aprender de nuestras tradiciones. Esto nos permite dejar atrás ese silencio o esa timidez que durante tanto tiempo nos hizo guardar estos temas bajo llave, abriendo por fin un espacio donde nuestra memoria puede hablar con libertad. El documental ha funcionado como un espejo donde las personas depositarias de este conocimiento se han visto retratadas con respeto y precisión, lo que ha facilitado la ruptura del silencio y la puesta en valor de su labor altruista.

Al final, para mí, recuperar la historia de estas personas es una forma de hacer justicia con quienes cuidaron de la salud de nuestra gente en los momentos más difíciles. La preservación de este legado es esencial para la construcción de una identidad cultural sólida y para asegurar un relevo generacional que ya comienza a dar sus primeros indicios en el archipiélago. Proteger este legado es clave para nuestra identidad y para que los jóvenes, que ya están empezando a interesarse, puedan asegurar que esta tradición siga viva en las islas.

Después de recoger tantos testimonios y ver todo lo que todavía queda por descubrir, me he planteado la necesidad de realizar una segunda parte de este trabajo para profundizar en temas como la partería tradicional, el conocimiento de las plantas medicinales y los remedios de toda la vida. Este proyecto continuará dando voz a los hombres y mujeres que protagonizan la sanación ancestral en Canarias, asegurando que su sabiduría no se pierda y siga siendo un pilar fundamental de nuestra cultura. Además, el trabajo se proyecta ahora hacia una dimensión internacional que considero fundamental para entender el fenómeno de forma global. He realizado entrevistas a curanderas de México, Brasil, Perú y Colombia que han visitado Tenerife, permitiendo contrastar sus tradiciones con las nuestras. Este enfoque sitúa el patrimonio canario en un contexto atlántico, demostrando que la medicina popular es un hilo conductor que comparten culturas a ambos lados del océano. Mi compromiso es seguir trabajando para que este legado tan valioso nunca se olvide.

BIBLIOGRAFÍA

- Concepción, J.L. (2007) *Costumbres y tradiciones canarias*. 22.ª ed. s.l.: Graficolor Ediciones
- García Barbuzano, D. (1982) *Prácticas y creencias de una santiguadora canaria*. La Laguna: Centro de la Cultura Popular Canaria
- Jaén Otero, J. (1989) *Manual de medicina popular Canaria: secretos de nuestros viejos yerberos*. La Laguna: Centro de la Cultura Popular Canaria

Conocer, cuidar, compartir. Una red de museos para el *buen vivir*

Encarna Lago González, Cristina Alonso Barreiro, Stephanie Cubides Martínez, Leonardo Casado | Grupo Museología social: salud, cultura de paz y buen vivir

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6077>

RESUMEN

Durante gran parte del siglo XX la salud se entendió desde una perspectiva biologicista y clínica enfocada en prevención y tratamiento. La definición de la OMS la concibe, en cambio, como “estado de completo bienestar físico, mental y social” (1948), lo que exige considerar factores socio-culturales-ambientales como determinantes del bienestar individual y colectivo. La cultura aporta formas de cuidado, escucha y construcción de sentido en diversidad para el bienestar integral. Este giro impulsa a los museos a pasar de conservar y exhibir a facilitar bienestar comunitario mediante experiencias positivas vinculadas al patrimonio. La Red Museística Provincial de Lugo desarrolla políticas públicas desde la perspectiva de derechos culturales que articulan patrimonio, comunidad y bienestar bajo el concepto latinoamericano del *buen vivir*, promoviendo la resiliencia territorial e interseccional junto al tercer sector.

Palabras clave

Bienestar | *Buen vivir* | Comunidad | Gestión cultural | Museos | Red Museística Provincial de Lugo | Salud | Territorio |



COGAMI, Confederación Gallega de Personas con Discapacidad durante el cierre del desfile | foto Red Museística Provincial de Lugo, titular de todas las imágenes que ilustran esta contribución, si no se indica lo contrario

INTRODUCCIÓN

Los acelerados cambios políticos, económicos, sociales y ambientales actuales obligan a revisar categorías analíticas y marcos de intervención disciplinarios y sus campos de diálogo. En salud, la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1948 como bienestar físico, mental y social abrió debates interdisciplinarios sobre condicionantes sociales, impacto del entorno y rol cultural en el bienestar desde miradas interdisciplinarias e interseccionales.

En cultura se observan procesos similares. Tras la Segunda Guerra Mundial, las instituciones culturales, especialmente las patrimoniales, transformaron misión y visión ante la ciudadanía. La creación del Consejo Internacional de Museos (ICOM) en 1946 y la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 fueron hitos centrales. Luego, la nueva museología y corrientes sociales y críticas redefinieron al museo; de conservador y exhibidor de bienes, a agente social inserto en dinámicas territoriales. En el siglo XXI, el reconocimiento de la cultura como derecho refuerza la necesidad de museos garantes del acceso, disfrute, creación y participación patrimonial, promoviendo ciudadanía inclusiva y salud social.

La gestión cultural contemporánea considera a los museos actores políticos capaces de incidir en la calidad de vida (Duncan y Wallach 2012). Este artículo coral, en eco con las propias prácticas de trabajo colaborativo que encarna la Red Museística Provincial de Lugo (RMPL), explora la intersección salud-cultura-buen vivir en el marco de los derechos culturales paudados por el Estado español, las líneas del ICOM y la Unión Europea en este campo.

LA VIDA EN COMUNIDAD: UN PATRIMONIO INTEGRAL

La cultura no es simplemente un factor estético o recreativo, sino un determinante social que establece y configura prácticas de cuidado, modos de subjetivación y redes de apoyo que impactan directamente en la salud colectiva e individual. Por eso, entenderla bajo la óptica de los derechos conlleva a pensarla como un bien común, como puente real para mejorar el universo simbólico, físico y emocional de las personas al comprenderla como una red de relaciones y vínculos entre prácticas, territorios y formas de vida.

Mientras que el bienestar es el estado en el que una persona puede realizar sus propias habilidades y puede hacer frente a factores que puedan perturbarla (Fancourt y Finn 2019), el concepto del buen vivir o *sumak kawsay*—que emerge de las cosmovisiones indígenas andinas de América Latina—irrumpe en nuestras latitudes e institucionalidades con una idea nueva: la

propuesta de una forma de vida basada en la armonía social, la solidaridad, la sostenibilidad ambiental y el respeto por la diversidad cultural (Acosta y Martínez 2013). A diferencia de los modelos de desarrollo occidentales centrados en indicadores económicos, físicos o emocionales, el buen vivir enfatiza el equilibrio entre comunidad, cultura y naturaleza¹. Un enfoque que, aplicado a la gestión cultural, es capaz de construir modos de sentir y hacer sin separarse de las condiciones sociales, culturales y ambientales en las que se inscribe la vida humana. Desde esta perspectiva, la salud no es un objetivo individual aislado, sino un patrimonio construido de forma colectiva que se despliega en prácticas culturales, relaciones comunitarias y formas de vida sostenibles.

La cultura comprende los sistemas de valores, prácticas simbólicas, lenguajes y formas de conocimiento que sostienen las tramas sociales. Desde esta perspectiva, participar en actividades culturales –visitas a museos, formar parte de talleres artísticos o integrarse en grupos de convivencia de diálogo cultural a través de una disciplina o lenguaje– tiene efectos medibles en la reducción del estrés, la mejora de la salud mental y el fortalecimiento del capital social (Stickley, Wright y Slade 2018). Integrar la filosofía del buen vivir en el diseño, programación, ejecución y evaluación de programas de este tenor en la gestión cultural de los museos implica reconocerlos como espacios capaces de materializar narrativas múltiples, no solo sobre la memoria, la historia, las artes o la ciencia, sino sobre la vida en comunidad. Los museos que adoptan esta perspectiva favorecen prácticas inclusivas que permiten que las personas generen sentido y construyan identidades compartidas en la diversidad. La cultura así entendida no es un complemento opcional de la salud, sino un componente estructural de las condiciones que posibilitan el bienestar (Fancourt y Finn 2019); por este se constituye en el tejido común por resguardar, sostener y expandir.

1

En este sentido Mario Chagas, el museólogo social y Director del Museo de la República de Brasil, en el 10.º Encuentro Iberoamericano de Museos, celebrado en la Ciudad de México (2020), expone: Está claro que defender acervos y patrimonios que dialoguen con los procesos identitarios (...) es importante, pero aún así, es necesario reconocer que nuestro mayor patrimonio es la vida, el buen vivir, los ancestros, los ríos, los bosques, los mares y la armonía con la naturaleza (...) ¡La museología que no sirve para la vida no sirve para nada! ¡La museología que no cuida la vida no cuida nada (Chagas 2023).

Cierre del desfile de proyecto _SEN en el Museo Provincial de Lugo



MUSEOS PARA EL BUEN VIVIR COMO PERSPECTIVA DE DERECHO

La OMS destaca que el bienestar no es solo un resultado individual, sino también un producto de relaciones sociales saludables, entornos de apoyo y oportunidades culturales. Dentro de lo que respecta al ecosistema cultural, el concepto del buen vivir potencia el de bienestar cuando las personas experimentan una participación significativa, reconocimiento simbólico y sentido de pertenencia en un anclaje territorial real con la riqueza de su diversidad.

Concebir planes, programas y proyectos interdisciplinarios e interseccionales, pensados desde el territorio y con las comunidades –en diferentes niveles de participación en la toma de decisiones– y desde una mirada educativa integral de convivencia, demuestra que los museos pueden ser entornos facilitadores de salud emocional, habilidades sociales y resiliencia comunitaria (Sandell 1998). La participación cultural activa –más allá de la contemplación también necesaria en esta modernidad líquida– es capaz de favorecer procesos de empoderamiento, fortalecimiento de redes sociales y aumento de la autoestima como aspectos esenciales para la salud mental y emocional (Belfiore y Bennett 2008). Por ello, los museos no solo contribuyen al conocimiento histórico y artístico, sino también al bienestar subjetivo de quienes lo habitan.

2

En este sentido, el *Plan Nacional de Derechos Culturales (2025)* del Ministerio de Cultura del Reino de España es una herramienta legal y técnica para encuadrar el trabajo de las administraciones públicas para tal fin.

La gestión cultural contemporánea se caracteriza por una comprensión de la cultura como un derecho fundamental que debe ser garantizado por políticas públicas (Throsby 2010). Este enfoque se distancia de modelos paternalistas o mercantiles y se orienta hacia la participación activa, la democratización del acceso cultural y la inclusión de diversas voces y memorias².

3

En octubre de 2025, los Ministerios de Sanidad y de Cultura pactaron un acuerdo interministerial mediante el cual establecieron un marco de colaboración estable para incorporar la cultura en las políticas públicas de salud como un activo clave para el bien común.

Los museos entonces no son instituciones neutras, sino espacios de diálogo, controversia y construcción de sentido social, son lugares seguros para preguntas inseguras (Heumann Gurian 2006). La gestión cultural actual enfatiza la co-creación con comunidades, la accesibilidad y la responsabilidad social, posicionando a los museos como agentes que pueden incidir en la salud comunitaria desde una perspectiva intersectorial. Son espacios de cuidado, de salud ciudadana que superan una aproximación meramente terapéutica o utilitaria tal como expone Guillem d'Efak (2021) al afirmar que el arte no “cura” en términos biomédicos, sino que cuida: crea espacios de presencia, atención, emoción y significado que pueden transformar las condiciones en las que se configura la salud social y personal. Una propuesta que enfatiza cómo la experiencia estética y el encuentro con prácticas culturales activan procesos de sentido, memoria y conexión interpersonal que son constitutivos de una salud integral³.

Aplicada a los museos, la visión de d'Efak implica un rediseño de prácticas y programas que no busquen medir resultados en términos exclusivamente biométricos, sino que valoren experiencias, narrativas y procesos de partici-

pación. Esto implica que los museos se conviertan en espacios de cuidado cultural, donde la visita, el diálogo, la contemplación y la co-creación se integren en estrategias para fortalecer la salud subjetiva y colectiva. Así, funcionan como emplazamientos donde lo simbólico y lo comunitario se articulan, favoreciendo procesos que potencian bienestar, autoconocimiento y cohesión social como derechos inalienables en un mundo atravesado por discursos xenófobos, edadistas, racistas, misóginos y capacitistas.

LA RED MUSEÍSTICA PROVINCIAL DE LUGO: UNA RED PARA CONOCER, CUIDAR Y COMPARTIR

La integración del buen vivir en la política institucional de los museos implica un compromiso ético anclado en la perspectiva de derechos. Humanizar la gestión va más allá de enunciar principios y metas: es un trabajo interno planificado, basado en la escucha activa y la mejora continua mediante retroalimentación con la ciudadanía. Así lo demuestra la experiencia de la Red Museística Provincial de Lugo⁴ que desde hace más de 25 años desarrolla una línea programática inscrita en la museología social⁵ (Rojas, Crespán y Trallero 1979; Moutinho 1993; Santos 2018), enfocada en su territorio, sus comunidades y los patrimonios que las atraviesan. Un trabajo que se sostiene en una vinculación emocional y afectiva, como recoge la Declaración de Córdoba (MINOM-ICOM 2017), y que dialoga con la definición vigente de museo⁶ del ICOM (2022), entendido como institución accesible e inclusiva que fomenta la diversidad y la sostenibilidad mediante la participación ética de las comunidades.

Este modelo cultural de salud se despliega sobre tres principios: conocer, cuidar y compartir. A partir de ellos, la RMPL actúa como agente social situado, articulando marcos que vinculan cultura, derechos y bienestar. Así, sus instituciones patrimoniales son infraestructuras públicas de acompañamiento comunitario y construcción de sentido en la geografía lucense.

La contribución al bienestar nace de la comprensión del territorio y de quienes lo habitan. En la RMPL, conocer se concreta en prácticas de escucha activa, trabajo de campo y generación de espacios de interacción entre institución, ciudadanía y tercer sector desde una mirada interseccional que incluye salud mental, sexualidad, diversidad cultural, discapacidad, tercera edad y ambiente. Ello requiere equipos que observan el contexto externo al contenedor de la colección, entendiendo que “el museo empieza afuera” y que relacionarse con las comunidades es atender memorias, vulnerabilidades, expectativas y necesidades.

Este principio reconoce la diversidad social y cultural, asumiendo que las personas acceden al museo desde condiciones emocionales, culturales o cog-

4

La Red Museística Provincial de Lugo fue creada oficialmente en el año 2006. Aglutina a los museos Provincial (Lugo), Pazo de Tor (Monforte de Lemos), Fortaleza de San Paio (Narla) y del Mar (San Ciprián), espacios actualmente dependientes de la Diputación Provincial de Lugo. La creación de la Red respondió a la necesidad de unificar criterios y objetivos, incentivar la colaboración, optimizar los recursos, procurar que las cuatro entidades se beneficien de la condición de ser museos y buscar que todas las personas tengan acceso a ellos, por medio de un modelo de gestión sostenible económico, social y medioambientalmente.

5

En 2020, la Declaración de Lugo-Lisboa del Movimiento Internacional por la Nueva Museología (MINOM), realizada entre Lugo y Lisboa, fija en su décimo artículo: “...que la Museología sostenible es aquella que trabaja desde la memoria, la resistencia, la igualdad de género, la diversidad, la accesibilidad, y de la necesidad de revisión de los relatos, entre otros. La sostenibilidad es una condición que facilita el cumplimiento digno de las funciones de la institución y contribuye al «buen vivir» de las comunidades en las que se encuentra”.

6

“Un museo es una institución sin ánimo de lucro, permanente y al servicio de la sociedad, que investiga, colecciona, conserva, interpreta y exhibe el patrimonio material e inmaterial. Abiertos al público, accesibles e inclusivos, los museos fomentan la diversidad y la sostenibilidad. Con la participación de las comunidades, los museos operan y comunican ética y profesionalmente, ofreciendo experiencias variadas para la educación, el disfrute, la reflexión y el intercambio de conocimientos” (ICOM 2022).



Mujeres mayores del grupo Yoga y arte en plena sesión en la sala de arte romano del Museo Provincial de Lugo

Visitas conversadas tras la sesión de Yoga y arte en la sala del Museo Provincial de Lugo, junto a un vigilante guía



nitivas heterogéneas. La construcción diaria de vínculos permite al museo identificar con quién dialoga y en qué lenguajes, reforzando su relevancia cotidiana y reduciendo brechas entre institución y ciudadanía.

7

A través del Programa Institucional Inclusivo de la Red Museística Provincial de Lugo, en los cuatro museos que de ella dependen, se desarrolla un trabajo de activación junto a diferentes asociaciones y/o colectivos con quienes proponen soluciones de garantizar el derecho a la cultura diseñar, ejecutar y evaluar proyectos comunes.

El segundo principio sitúa al museo como espacio que cuida, no solo conservando bienes patrimoniales, sino también cuidando a las personas. En la RMPL, cuidar supone una escala humana del vínculo con la otredad, garantizando accesibilidad física, cognitiva, sensorial y cultural. Este enfoque se materializa en planes y programas⁷ que reconocen la diversidad de usuarios –infancias, familias, mayores, migrantes, personas con discapacidad, colectivo LGTBIQ+, abriendo puertas y removiendo barreras para hacer efectivo el derecho a la cultura.

Finalmente, compartir define a los museos lucenses como espacios de intercambio. La noción de “fratimonio” –patrimonio compartido– expresa que los bienes materiales e inmateriales adquieren sentido al activarse colectivamente. La RMPL promueve intercambios intergeneracionales, interculturales e intercomarcales donde el diálogo sustituye la comunicación unidireccional y los saberes circulan de forma horizontal.

TRES EXPERIENCIAS DEL BUEN VIVIR EN LOS MUSEOS DE LUGO

Las prácticas culturales con personas en el ámbito de la salud mental y discapacidad permiten conocer la diversidad de ritmos y modos de aproximación al patrimonio, al diseñar dispositivos que cuiden de las necesidades sensoriales y cognitivas, al generar y compartir relatos desde la accesibilidad universal.

La relación entre la Red y el colectivo de personas con discapacidad se remonta al año 2000 (Lago González et ál. 2011). Fue entonces cuando la



entidad convoca a las distintas organizaciones que trabajan en este ámbito para preguntarles qué necesitaban y qué esperaban de la institución. Aquel gesto marcó el inicio de un trabajo conjunto y sostenido en el tiempo, sentando las bases de una colaboración que no ha dejado de crecer.

En 2003 comienza una reivindicación clave: lograr que el museo que la Red tiene en Lugo ciudad fuese accesible físicamente. Primero se habilita una entrada alternativa, después una rampa provisional en la fachada y, finalmente, en 2005, una definitiva por la que hoy acceden todas las personas (Lazaré 2007). Un proceso complejo y de lucha con las administraciones que con perseverancia y convicción se conquista, y que causa cambios en el interior del museo para garantizar la accesibilidad patrimonial.

En el mismo año, declarado Año Europeo de las Personas con Discapacidad, una decena de asociaciones son convocadas para diseñar una actividad mensual en la red para garantizar la co-creación con el colectivo en el museo. En paralelo, el personal de la red lucense junto a las propias entidades, se entrelazan en planes de formación y aprendizaje mutuo.

La relación que trasciende las visitas guiadas o los talleres puntuales se constituye en una práctica orgánica, viva y transversal que acoge actividades de las organizaciones –como obras de teatro, talleres– hasta facilitar encuentros con artistas, servir de punto de partida para otros proyectos o actuar como nodo de comunicación de iniciativas europeas o convertirse en un lugar de interacción con otros colectivos y con la ciudadanía. Una trama compleja, apasionante y profundamente humana orientada a garantizar derechos para el buen vivir.

El vínculo alcanza un hito especialmente significativo cuando personas con discapacidad pasan a formar parte del personal de la Red Museística

Jornada de bordado del grupo Arte y yoga en la salas del Museo Provincial para conectar saberes e historias con el cuerpo

Grupo de personas migrantes en la jornada de diseño de la ruta participativa Cartografía de la acogida en la Red Museística Provincial de Lugo

8

En 2025, en el marco del Día Internacional de los Museos, la Red Museística lanza oficialmente el Museo de la Migración: Un espacio digital que consolida y continúa el programa Culturas en Diálogo, con el que la gerencia de la red desarrolla desde más de veinte años acciones para fortalecer lazos con las comunidades migrantes radicadas en la provincia de Lugo.

Provincial de Lugo (Varela 2019). Esto permitió que las necesidades, perspectivas e identidades del colectivo se integrasen de manera directa y cotidiana institucional. Un proceso que crea hogar, pertenencia y bienvenida permanente.

De manera similar, los programas vinculados con población migrante tienen centro en el trabajo museológico lucense. Una mirada que promueve la interculturalidad, pero que también pretende abordar la migración desde una perspectiva interseccional para fomentar el diálogo intercultural a través de la participación ciudadana⁸. Con más de una centena de acciones realizadas desde la premisa del para/con/desde las comunidades migrantes –que incluye exposiciones, talleres, encuentros, rutas, visitas guiadas, celebraciones, residencias y presentaciones–, el trabajo de la RMPL es el de recuperar historias no contadas con la dignidad de los y las informantes (Plaza 2022).

El proyecto Cartografía de la acogida, realizado en 2025, exploró el papel de la red museística como espacios capaces de activar redes de apoyo para reflexionar *in situ* sobre qué lugares, personas y servicios resultan esenciales cuando se llega desde fuera a un nuevo entorno y cómo hacer más accesible esta red a personas que en muchos casos cuentan con idiomas, culturas y costumbres diferentes. Partir de un mapeo colaborativo, es entender que los territorios tanto físicos como simbólicos están en constante cambio, por eso “el mapeo es una práctica para derribar barreras y fronteras, y permite encontrarnos en un territorio de complicidad y confianza. Es también una dinámica a través de la cual vamos construyendo y potenciando la difusión de nuevos paradigmas de interpretación de la realidad. Y es un modo de producir territorio, pues es a partir de la institución y renovación de las formas espaciales y los mecanismos de percepción del tiempo que nutrimos y proyectamos nuestro accionar” (Iconoclasistas 2015). Nadie puede sentir patrimonio algo que no conoce, que le es legado. De igual forma, un territorio en escala humana se conoce y apropia cuando las personas pueden reconocerse parte de él.

Finalmente, desde 2023, las prácticas de yoga en salas del Museo Provincial de Lugo evidencian otra dimensión del buen vivir al integrar corporalidad, contemplación y mediación cultural. En ellas se articula el conocimiento del cuerpo y del entorno (conocer), la atención a la experiencia subjetiva (cuidar) y la vivencia comunitaria en igualdad de condiciones (compartir). Cada semana, el museo reúne a más de cien mujeres de diversas edades y capacidades que, con el tiempo, apropiaron la práctica hasta convertirla en algo más que una sesión semanal de ASANAS: una experiencia consolidada por la significación colectiva atribuida y por el fundamento desde el cual fue gestada. Así nace en 2023 loga e arte en rede, un proyecto que, más allá del bienestar físico, busca crear comunidad, diálogo e intercambio, entendiendo el yoga desde su etimología como lugar de conexión y encuentro.

Sus objetivos se orientan a crear un espacio de bienestar destinado al cuidado propio y colectivo mediante el yoga; resignificar el museo desde posibilidades físicas, cognitivas y sensoriales del arte; integrar a personas mayores, infancias, personas con discapacidad y población migrante al Museo Provincial de Lugo y a su oferta cultural; y promover la salud física y mental junto al diálogo intercultural.

A partir de 2024, bajo la premisa *arte e bienestar*, vincula comunidad externa e interna, trabajando de la mano con guías que enriquecen su discurso en torno a piezas destacadas y también aquellas que suelen pasar desapercibidas. La práctica de yoga propicia una relación consciente con el cuerpo, con las otras y con las piezas que habitan el espacio físico del museo, esta relación se ha tejido desde el cuidado. “El museo es mi casa”, mencionan algunas y ese habitar, propicia que las participantes no solo tengan un rol de beneficiarias, sino que también se asuman como sabedoras y agentes culturales.

Ver desde el cuerpo, permitir el diálogo entre la percepción individual y colectiva, respirar conjuntamente y comprender que la visión no es un sentido aislado del cuerpo, sino una extensión del cuerpo hacia el mundo, abrir la percepción desde la práctica del yoga (Merlau-Ponty 1993) y resignificar el museo para la salud y el bienestar.

CONCLUSIONES

En un contexto global atravesado por desigualdades estructurales, discursos de odio y crisis socioambientales, fortalecer instituciones culturales como lugares seguros para preguntas inseguras (Heumann Gurian 2006) se vuelve fundamental para sostener democracias plurales y saludables. Por ello conocer (el territorio), cuidar (a las personas y al patrimonio) y compartir (saberes y memorias) no son eslóganes, sino métodos concretos para construirlo desde los derechos.

El enfoque del buen vivir aporta una crítica necesaria al paradigma biomédico tradicional al proponer una visión de salud basada en equidad, diversidad, sostenibilidad y comunidad. Cuando este se aplica a la gestión cultural, el museo emerge como un espacio de cuidado simbólico y relacional, donde los cuerpos, las memorias y los territorios co-construyen bienestar. La experiencia de la Red evidencia que el buen vivir no es una abstracción teórica, sino una praxis territorial sostenible. Los museos, entendidos como agentes sociales con enfoque de derechos, son capaces de construir infraestructuras de bienestar comunitario mediante programas que integran accesibilidad, participación y memoria compartida desde el patrimonio conservado que en 2026 se ejecutará desde el programa Cultura que cuida y da luz-museología social, salud, cultura de paz y buen vivir.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, A. y Martínez, E. (comp.) (2013) *El buen vivir: Una vía para el desarrollo*. Quito: Abya-Yala
- Belfiore, E. y Bennett, O (2008) *The social impact of the arts: An intellectual history*. London: Palgrave Macmillan
- Chagas, M. de Souza (2023) El presente futuro de los museos: de la urgencia a la acción - el caso del Museu da República. En: *El museo urgente: acción para un futuro sostenible. Memoria del 10.º Encuentro Iberoamericano de Museos*. sl: Programa Ibermuseos. Disponible en: https://10encuentro.ibermuseos.org/wp-content/uploads/2023/11/J3_17_M_de_Souza.pdf [Consulta: 04/05/2026]
- Duncan, C. y Wallach, A (1980) The universal survey museum. *Art History*, vol. 3, n.º 4, pp. 448-474
- d'Efak, G. (2018) Arte y salud: retos y oportunidades. *Blog Museu Nacional d'Art de Catalunya*. Disponible en: <https://blog.museunacional.cat/es/arte-y-salud-retos-y-oportunidades/> [Consulta: 04/05/2026]
- Fancourt, D. y Finn, S. (2019) *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*. Copenhagen: WHO European Region (Health Evidence Network synthesis report; 67). Disponible en: <https://www.who.int/europe/publications/item/9789289054553> [Consulta 18/05/2026]
- Heumann Gurian, E. (2006) Function Follows Form: How Mixed-Used Spaces in Museums Build Community. *Curator The Museum Journal*, 44(1), pp. 97-113
- ICOM [Consejo Internacional de Museos] (2022) *Definición de museo*. Asamblea General Extraordinaria del ICOM (Praga, el 24 de agosto de 2022). Disponible en: <https://icom.museum/es/recursos/normas-y-directrices/definicion-del-museo/> [Consulta: 04/05/2026]
- Iconoclasistas (2015) *Manual de mapeo colectivo: Recursos cartográficos críticos para procesos territoriales de creación colaborativa*. 1.ª ed. noviembre 2013. Buenos Aires: Tinta Limón, agosto 2015. Disponible en: <https://iconoclasistas.net/4322-2/> [Consulta: 04/05/2026]
- Lago González, E., Fiallega Lorenzo, S., Barreiro Abuín, C., Ferro, A., Abuín, F., Pernas, A., Rivada, Á., González Padrón, A.M. y Márquez, J. I (2011) Museo e inclusión social. *ICOM CE Digital: Revista del Comité Español de ICOM*, n.º 2, pp. 84-97. Disponible en: <https://www.icom-ce.org/wp-content/uploads/2024/03/ICOMCEDigital02.pdf> [Consulta: 05/05/2026]
- Lázare, B. (2007) El Museo, por fin, está accesible. *La Voz de Galicia*, Lugo, 29 nov 2007. Disponible en: https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/lugo/2007/11/29/museo-fin-accesible/0003_6359778.htm [Consulta: 04/05/2026]
- MINOM-ICOM (2017) *Declaración de Córdoba. XVIII Conferencia Internacional de MINOM. La museología que no sirve para la vida, no sirve para nada*. Disponible en: www.minom-icom.net/files/minom_2017_-_declaracion_de_cordoba_-_esp-port-fr-ing_0.pdf [Consulta: 04/05/2026]
- Merleau-Ponty, M. (1993) *Fenomenología de la percepción*. J. Cabanes, Trad. Barcelona: Planeta-Agostini
- Ministerio de Cultura (2025) *Plan de derechos culturales*. Disponible en: <https://planderechosculturales.cultura.gob.es/consulta-el-plan/descarga-el-plan.html> [Consulta: 04/05/2026]
- MINOM-ICOM (2020) *Declaración de Lugo-Lisboa. XX Conferencia Internacional galaico-portuguesa*. Diponible en: https://www.minom-icom.net/files/declaracion_lugo-lisboa_gal_es_pt.pdf [Consulta: 04/05/2026]
- Moutinho, M. C. (1993) Sobre o conceito de museologia social. *Cadernos de Sociomuseologia*, 1(1), pp. 7-9. Disponible en: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/cadernosociomuseologia/article/view/467> [01/06/2026]
- Plaza, E. (2022) Encarna Lago, gestionando desde la brecha. *Nortes*, 29 mayo. Disponible en: <https://www.nortes.me/2022/05/29/encarna-lago-gestionando-desde-la-brecha/> [Consulta: 04/05/2026]
- Rojas, R., Crespán, J.L. y Trallero, M. (1979) *Los museos en el mundo*. Personalidad entrevistada, Hugues de Varino-Bohan. Barcelona: Salvat Editores
- Sandell, R. (1998) Museums as Agents of Social Inclusion. *Museum Management and Curatorship*, 17(4), pp. 401-418
- Santos, M. C. T. M. (2018) Museologia social / MINOM 30 anos. En: Chagas, M. de S. y Pires, V.S. (orgs.) *Território, museus e sociedade: práticas, poéticas e políticas na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: UNIRIO; Brasília: Instituto Brasileiro de Museus, pp. 85-98
- Stickley, T. Wright, N. y Slade, M. (2018) The art of recovery: outcomes from participatory arts activities for people using mental health services. *J Ment Health*, 27(4), pp. 367-373
- Throsby, D. (2010) *The economics of cultural policy*. Cambridge University Press
- UNESCO [Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura] (2013) *Declaración de Hangzhou. Situar la cultura en el centro de las políticas de desarrollo sostenible (Hangzhou, China, 17 de mayo de 2013)*. Disponible en: https://www.lacult.unesco.org/doccc/Hangzhou_Declaration_2013_5_17_ESP.pdf [Consulta 18/05/2026]
- Varela, S. (2019) Las barreras mentales son las peores y las tenemos todos. *La Voz de Galicia*, 04 abr 2019, Lugo/La Voz, Disponible en: https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/lugo/2019/04/04/barreras-mentales-peores-tenemos-0003_201904L4C6991.htm [Consulta 26/01/2026]

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

coordina Gema Carrera Díaz

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* 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 patrimonio cultural inmaterial 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 globalización 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.

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/6087>>

Dinámica de funcionamiento de la sección DEBATE

Este espacio de *revista PH* pretende poner en común los distintos puntos de vista sobre los temas de debate que se propongan, atendiendo a dos principios básicos: máxima libertad y respeto. Las opiniones vertidas en este espacio no representarán necesariamente el pensamiento del IAPH. Para más información: www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/Perspectivas

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).

El 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, faki (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)

Los conocimientos ancestrales y el patrimonio cultural del proceso de parto vertical en Guatemala

M.^a Teresa Mosquera Saravia | Instituto de Estudios Interétnicos y de los Pueblos Indígenas, Universidad de San Carlos de Guatemala

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6092>

Según los datos del Ministerio de Salud, en Guatemala hay un total de 23.320 comadronas¹ activas, quienes atienden el 29 % de los partos (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2017, 221); sin embargo, la atención del parto domiciliario en algunos departamentos, como el de Quiché, llega hasta el 60,7 % (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2020, 16).

La disponibilidad de comadronas en todo el territorio evidencia el éxito de una red de terapeutas tradicionales² presente con que cuenta la población. En el área mesoamericana, desde hace más de 1.000 años según evidencia arqueológica, los partos se han atendido en cuclillas; en la actualidad, son las comadronas quienes atienden un porcentaje significativo. En ese sentido, en Guatemala existe un importante acervo cultural que está relacionado con el oficio de comadrona

porque el cargo se hereda de abuela a madre, de tía a sobrina, de abuela a nieta, de suegra a nuera. Ese patrimonio está conformado por recursos materiales y simbólicos, como el uso de plantas medicinales, vinculado con el ámbito sagrado y los rituales o para la elaboración de remedios caseros, el diagnóstico y curación de padecimientos de la cosmovisión maya (alboroto de lombrices, mal de ojo, empacho, etc.), o el uso del temazcal o tuj³.

Ante los ojos de los médicos, enfermeras y trabajadores de salud, la eficacia y validez de las terapias, remedios caseros y plantas medicinales utilizadas por las comadronas son cuestionadas, mostrándose poco tolerantes e ignorando que existen múltiples caminos para aliviar la sintomatología de los padecimientos. En ese sentido, podría afirmarse que este posicionamiento médico



Comadrona utilizando plantas para hacer limpia a niña en Rabinal, municipio del departamento de Baja Verapaz en la República de Guatemala



Comadrona fajando a una paciente en Chinique, municipio del Departamento de Quiché, en la República de Guatemala | fotos M.^a Teresa Mosquera

desvela cierto racismo y deslegitima el trabajo que las comadronas realizan en las comunidades.

Desde hace aproximadamente 15 años, el Ministerio de Salud en Guatemala fomenta procedimientos sobre salud intercultural, tolerando algunos conocimientos tradicionales, entre ellos el manejo del parto vertical dentro de las instalaciones de salud oficiales (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2010, 2011); sin embargo, a la fecha, el manejo de las estadísticas oficiales sobre atención del parto vertical son minoritarias y no se han implementado en todos los lugares.

Otra acción que se puso en marcha fue el manejo de huertos con plantas medicinales en las inmediaciones de los puestos/centros de salud. Lamentablemente esta no fue exitosa porque el cuidado y mantenimiento de los huertos estaba a cargo de los mismos trabajadores sanitarios, lo cual aumentaba su carga laboral, por lo que la mayoría de los huertos actualmente están abandonados.

A la fecha, estas y otras acciones que se han implementado no son exitosas, primordialmente porque no están orientadas a dar un reconocimiento y/o empoderamiento de los conocimientos ancestrales de los pueblos. Sería necesario ofrecer una formación relacionada sobre el pluralismo asistencial en donde tanto médicos, enfermeras y otros trabajadores de salud se encuentren con comadronas, *aj'kija'*, curanderos/as, para conocerse, respetarse y establecer estrategias de trabajo conjuntas.

En el municipio de Chinique, que forma parte del Departamento de Quiché, uno de los departamentos que tiene la tasa más alta de mortalidad materna, funcionó una estrategia promovida por Médicos Descalzos⁴: durante un total de 18 años se reportaron solamente 4 muertes maternas, resultado de una estrategia dirigida al fomento de la autoestima y el empoderamiento de las comadronas. Tras la finalización del proyecto, estas comadronas, gracias al proceso de empoderamiento, siguen trabajando en sus comunidades atendiendo partos domiciliarios. Ancestralmente el rol de comadrona en las comunidades se ha entendido como una mujer

a la que se le permite caminar sola de noche, aconsejar en materia de sexualidad a las parejas⁵, sabe y conoce sobre plantas medicinales, etc. Esto demuestra que siempre ha sido una mujer empoderada dentro de las comunidades, rol que no tiene en los hospitales y centros de salud por discriminación.

En el caso de las comadronas, son mujeres reconocidas y respetadas en sus comunidades, son parte del patrimonio cultural y el reconocimiento a su labor está en la sonrisa del niño que le llama “abuelita”, porque, aún no siéndolo, se le nombra así para validar el respeto que se le tiene.

La realidad es que hoy en día la atención del parto domiciliar sigue dándose cotidianamente, ya sea porque la madre no llega a tiempo al hospital o por decisión propia de la mujer. De igual forma, los conocimientos ancestrales sobre esa atención aún están vigentes. Este es un patrimonio universal que debe respetarse y los Estados están obligados a reconocerlo y proponer políticas para impulsarlo y valorarlo.

NOTAS

1. Mujeres con conocimientos ancestrales que atienden partos en sus comunidades. El Ministerio de Salud les capacita bajo los cánones biomédicos y otorga un carnet para poder continuar con su trabajo en las comunidades rurales.
2. Entre los terapeutas tradicionales se pueden mencionar a los *aj'kija'*, curanderas, *chapalbak'*, etc.
3. “Es un baño de vapor tradicional, que actualmente en Guatemala es utilizado principalmente en regiones de tierra fría o tierras altas” (Chávez, Morales y Pol 2007, 8).
4. Médicos Descalzos Chinique es una asociación no lucrativa del Departamento del Quiché (Guatemala) que desde 1989 trabaja con los terapeutas tradicionales. Tiene varias publicaciones sobre el trabajo de las comadro-

nas y los aj'kija'; a la fecha trabaja conjuntamente con el centro de salud del municipio.

5. Principalmente aconseja sobre la abstinencia sexual que la mujer debe mantener en el período de post-parto.

BIBLIOGRAFÍA

- Chávez, C., Morales, E. y Pol, F. (2007) *El uso del tuj*. Guatemala: Cholsamaj
- IIED [Instituto Internacional para el Medio Ambiente y Desarrollo] (2005) *Protección de Conocimiento Tradicional y Patrimonio Cultural - el Concepto del Patrimonio Bio-Cultural Colectivo*. Disponible en: <https://www.iiied.org/es/g01068> [Consulta: 06/03/2026]
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2020) *Guía de uso de misoprostol en el postparto domiciliario asistido por comadrona*. Disponible en: <https://osarguatemala.org/PNSR/Normativa/Componente%20de%20Materno/Guia-Misoprostol.pdf> [Consulta: 25/02/2026]
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística y Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (2017) *VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015*. Disponible en: <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/fr318/fr318.pdf> [Consulta: 25/02/2026]
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2011) *Manual de adecuación cultural del parto natural/vertical y sus distintas posiciones en el marco multicultural de Guatemala*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas Programa de Medicina Tradicional y Alternativa
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2010) *Normas con Pertinencia Cultural... hacia la interculturalidad*. Disponible en: http://bvs.gt/eblueinfo/GP/GP_001.pdf [Consulta: 11/03/2026]
- Mosquera, T. (2006) *Lógicas y racionalidades entre comadronas y terapeutas tradicionales*. Guatemala: Serviprensa S.A.

Curar desde la tradición: saberes medicinales y patrimonio cultural inmaterial en el Perú

Rocio Verna Venturo Huares | Investigadora independiente

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6095>

El Perú alberga una gran diversidad, tanto cultural como biológica; ambas se interrelacionan logrando una conexión profunda entre las comunidades de las diferentes regiones del país y las plantas que habitan en el entorno territorial. Mucho tiempo antes de la aparición de los sistemas de salud modernos, los pueblos andinos y amazónicos desarrollaron conocimientos y rituales en torno a las propiedades curativas de especies vegetales, las cuales encontraban en su entorno, integrando así la ideas tradicionales para brindar bienestar y salud a sus comunidades; con esta medicina tradicional la población

ha pasado estos conocimientos de generación en generación llegando a usarse en la actualidad, sobre todo en las zonas rurales donde se preservan estos saberes ancestrales que forman parte de un patrimonio cultural vivo que combina costumbres, historia, tradición, espiritualidad y salud. Reconociendo el valor que representan estos saberes, en Perú, el Centro Nacional de Investigación Social e Interculturalidad en Salud (Censi) trabaja en la promoción y revaloración de la medicina tradicional, articulando la medicina tradicional con la medicina actual (Instituto Nacional de Salud 2024a, 2024b).

Es importante considerar que la flora peruana comprende aproximadamente 25.000 especies, muchas de ellas con propiedades medicinales que han sido y son utilizadas por los pueblos originarios que viven en el país (Instituto Nacional de Salud 2024b). Plantas como la quina, la muña y la hoja de coca constituyen solo ejemplos representativos entre la enorme diversidad de especies empleadas tradicionalmente para el cuidado de la salud y su influencia aún está presente no solo en las zonas rurales sino también en las zonas urbanas, puesto que las plantas medicinales suelen ser usadas en forma de infusiones, emplastos, ungüentos, baños, entre otros usos, todo ello como primera opción ante ciertos males; además, muchos de los principios activos de las medicinas modernas provienen de estas plantas.

Las prácticas de la medicina tradicional no solo tienen un fin terapéutico para el bienestar de las personas, sino también representan la memoria cultural colectiva de las comunidades que preservan estas tradiciones. Tanto es su valor que, en el Perú, algunas plantas han sido oficialmente reconocidas como patrimonio cultural inmaterial de la Nación por su importancia cultural, ritual y medici-



Venta de hojas de coca en el sitio inca de Písac (Perú) | foto George Lamson

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

| coordina Gema Carrera Díaz

nal. Una de ellas es la hoja de coca, que fue declarada patrimonio inmaterial en el año 2005, resaltando sus usos culturales tradicionales como energizante, analgésico natural y regulador del mal de altura, así como su importancia ceremonial y social en las comunidades andinas (Resolución Directoral Nacional n.º 1707/INC). Este reconocimiento destaca el uso tradicional de esta planta, poniendo énfasis en su trascendencia cultural y la aleja de las connotaciones asociadas a su procesamiento ilícito en drogas.

La planta ayahuasca también fue declarada patrimonio en 2008, en reconocimiento a su rol en ceremonias de sanación amazónicas y su componente espiritual (Resolución Directoral Nacional n.º 836/INC). Asimismo, hace solo unos años atrás, en 2022, el cactus San Pedro fue declarado patrimonio resaltando su continuidad en las prácticas de curanderismo en el norte peruano (Resolución Viceministerial n.º 000252-2022-VMPCIC/MC). Estas declaratorias buscan proteger los conocimientos ancestrales y permiten asegurar su continuidad cultural.

Entre las plantas medicinales significativas no se puede dejar de mencionar a la quina; de su corteza se extrae la quinina, que es un alcaloide que durante aproximadamente 350 años fue el tratamiento más eficaz contra la malaria; tanta importancia histórica tuvo la quina que fue incorporada en un símbolo patrio: el Escudo Nacional del Perú. En un estudio realizado en 2018 con el fin de identificar nuevos fármacos para los brotes de la enfermedad del virus del dengue (DENV), se evaluaron cuatro medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE.UU.; entre ellos incluyeron al sulfato de quinina y se encontró que la quinina tenía la actividad anti-DENV más pronunciada e inhibió la producción de DENV en aproximadamente un 80 % en comparación con los controles no tratados, mientras que los otros tres fármacos redujeron la producción de virus en solo aproximadamente un 50 %. Estos hallazgos sugieren la eficacia de la quinina para estimular genes antivirales y reducir la replicación del DENV (Malakar et ál. 2018).



Aldea de San Regis en la Reserva Nacional Pacaya-Samiria (Perú). Juan, el chamán del pueblo, junto a Robinson, naturalista. Juan prepara medicinas a partir de plantas locales, incluida una alucinógena llamada ayahuasca | foto Alan Kotok



Chacrana y ayahuasca, usadas en ritos religiosos | foto Craig Nagy

Adicionalmente, la muña es una planta que se encuentra en regiones como Cajamarca, Amazonas, Puno y Cusco, donde se desarrolla su cultivo o crece de forma silvestre; esta planta posee propiedades digestivas y antibacterianas; también se le atribuye la propiedad de contrarrestar el mal de altura (soroche); su uso representa la continuidad de saberes tradicionales que se mantienen actualmente en la vida cotidiana; inclusive se le asigna propiedades antifúngicas, antimicrobianas y antiinflamatorias (Alcázar Mendoza, Mesia Exebio y Miranda Cuba 2025). Estas prácticas reflejan un conocimiento pro-

fundo, integrado con la vida comunitaria y relacionada con su entorno natural.

Solo se han brindado algunos ejemplos; sin embargo, existen cientos de plantas medicinales cuya riqueza y diversidad todavía no han sido plenamente documentadas o difundidas. El reconocimiento de estas prácticas ancestrales como parte del patrimonio inmaterial implica tanto oportunidades como desafíos. Por un lado, está la inclusión en su denominación como patrimonio inmaterial, que favorece su protección contra la apropiación indebida; además revaloriza los conocimientos y prácticas que de alguna manera fueron invisibilizados o en algunos casos desacreditados, como por ejemplo en el caso de la hoja de coca cuya declaratoria patrimonial ha permitido resaltar su significado cultural, ritual y tradicional. Sin embargo, las declaratorias de patrimonialización no solo visibilizan, sino que también difunden estos saberes a nivel local y mundial.

Ante lo señalado surge una reflexión: ¿cómo proteger y visibilizar las prácticas medicinales tradicionales sin reducirlas solo a representaciones institucionales? La respuesta a esta interrogante implica que se deba comprender que la patrimonialización brinda apertura de conocimiento y difusión, además permite espacios de diálogo entre las comunidades portadoras de estos saberes y las instituciones, llegando a reconocer a estas comunidades como agentes activos que cumplen el rol principal de transmisión de estos saberes. En el caso del Perú, esta relación entre tradición y reconocimiento oficial brinda una oportunidad para poder afirmar que la salud también puede ser cultura, al reconocer que estos conocimientos tradicionales implican comprender que los saberes sobre plantas medicinales no solo sirven para curar personas, sino que son parte de la identidad de las poblaciones, que pertenecen a la memoria colectiva y que refuerzan las relaciones comunitarias.

En síntesis, las plantas medicinales del Perú, tales como la quina, la muña, la hoja de coca y muchas otras que conforman un gran repertorio de saberes ancestrales, representan un patrimonio cultural vivo cuya valoración y

conocimiento no solo beneficia a la salud, sino que contribuye al respeto de las tradiciones e identidad cultural. El desafío actual sería visibilizar y proteger estos saberes transmitidos de generación en generación lo cual permitirá mantenerlas aún vigentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcázar Mendoza, J.N., Mesia Exebio, J.R.Y. y Miranda Cuba, M.T. (2025) Propiedades terapéuticas y toxicológicas de *Mintostachys mollis*: una revisión. *Revista Peruana de Medicina Integrativa*, vol. 9, n.º 4. Disponible en: <https://rpmi.pe/index.php/rpmi/article/view/815> [Consulta: 12/03/2025]
- Instituto Nacional de Salud (2024a) *Medicina tradicional*. Disponible en: <https://www.gob.pe/46189-instituto-nacional-de-salud-medicina-tradicional> [Consulta: 12/03/2025]
- Instituto Nacional de Salud (2024b) *Plantas medicinales*. Disponible en: <https://www.gob.pe/46163-instituto-nacional-de-salud-plantas-medicinales> [Consulta: 12/03/2025]
- Malakar, S., Sreelatha, L., Dechtawewat, T., Noisakran, S., Yenchitsomanus, P., Jang Hann Chu, J. and Limjindaporn, T. (2018) Drug repurposing of quinine as antiviral against dengue virus infection. *Virus Research*, vol. 255, pp. 171-178. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.virusres.2018.07.018> [Consulta: 12/03/2025]
- Resolución Directoral Nacional n.º 1707/INC de 6 de diciembre de 2005. Declaran Patrimonio Cultural Inmaterial de la Nación a los usos culturales tradicionales de la hoja de coca. *Boletín de Normas Legales del Diario Oficial El Peruano*, n.º 9315, 16 de diciembre de 2005, p. 306321
- Resolución Directoral Nacional n.º 836/INC de 24 de junio de 2008. Declaración Patrimonio Cultural de la nación a los conocimientos y usos tradicionales del Ayahuasca practicados por comunidades nativas amazónicas. *Boletín de Normas Legales del Diario Oficial El Peruano*, 12 de julio de 2008
- Resolución Viceministerial n.º 000252-2022-VMPCIC/MC de 14 noviembre 2022. Declaran como Patrimonio Cultural de la Nación a los conocimientos, saberes y usos tradicionales del cactus San Pedro en las prácticas del curanderismo en el norte del Perú. *Boletín de Normas Legales del Diario Oficial El Peruano*, 17 de noviembre de 2022. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2125136-1> [Consulta: 12/03/2025]

Recuperación y revitalización de los saberes populares en salud en la Andalucía rural contemporánea

Sonia Herrera Justicia | Fundación Index

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6098>

Entrevista con Rosa Justicia. De izquierda a derecha, Sonia Herrera, investigadora; Rosa JUSTICIA, entrevistada para la recuperación de saberes populares; y Rosa M.ª Fernández, presidenta de la Asociación de Mujeres Sierra Cruzada | foto proyecto SAVIAS

En el imaginario colectivo, lo rural ha sido frecuentemente asociado al silencio del abandono y a formas de vida ancladas en otro tiempo. Para quienes crecieron en estos entornos, persiste la nostalgia de un paraíso perdido. Con la industrialización se inició un éxodo progresivo hacia la ciudad en busca de oportunidades, una dinámica que se ha consolidado en las sucesivas crisis contemporáneas. En consecuencia, el mundo rural pasó a representarse como un lugar de partida, desprovisto de porvenir y asociado a la idea de “vacío”. Andalucía no ha sido ajena a este proceso: numerosos municipios han experimentado una pérdida sostenida de población que ha implicado transformaciones demográficas y la erosión de formas de vida y saberes vinculados al cuidado familiar y comunitario (Nieto Calmaestra y Capote Lama 2025).

Sin embargo, esta narrativa de la pérdida resulta hoy insuficiente. Desde principios de los años 2000, el mundo rural ha vuelto a situarse en el centro del interés social y cultural, reapareciendo en la literatura y las artes como objeto de representación y agente de cambio (García-Pozuelo 2024). En este proceso surge el denominado “neorruralismo”, en el que nuevas generaciones de creadores lo sitúan como fuente de inspiración y como respuesta crítica al malestar asociado al capitalismo.

La irrupción de la pandemia de COVID-19 supuso un punto de inflexión en la percepción de lo rural, que comenzó a asociarse a mejores condiciones de vida, mayor contacto con la naturaleza, vínculos comunitarios más estrechos y mayor tranquilidad. Sin embargo, este cambio convive con tensiones: las nuevas formas de

habitar no han revertido las dinámicas de despoblación, en parte por su carácter temporal o intermitente. Persiste así una visión reduccionista de lo rural como espacio de ocio, cuando constituye también un lugar para habitar, sostener la vida y dar continuidad a la historia (Cejudo García y Portillo Robles 2024).

La despoblación en Andalucía se configura hoy como un escenario en transformación. Aunque lo rural sigue siendo, en gran medida, un espacio masculinizado, la tradicional “huida ilustrada” de las mujeres muestra signos de cambio, al reconocerse su papel en la recuperación y dinamización de los territorios. El ascenso social ya no se asocia exclusivamente a lo urbano, y muchas mujeres ocupan posiciones relevantes en el ámbito comunitario (Cejudo García y Portillo Robles 2024). En este marco, destacan dos dinámicas migratorias con potencial para revertir el vaciamiento: el retorno de población joven, cuyo horizonte se ha empobrecido en las ciudades, que redefine el medio rural como un espacio de desarrollo, y la llegada de población migrante internacional, atraída por un mayor acceso a la vivienda y al empleo (Valle Ramos et ál. 2025).

En este contexto en continua transformación, emerge una pregunta clave: ¿qué ocurre con los saberes populares que han sostenido históricamente la vida en estos territorios?

Lejos de desaparecer, los saberes vinculados a la salud y al cuidado permanecen latentes y han demostrado su capacidad de pervivencia frente a los cambios sociales y culturales. En la actualidad, las prácticas populares se hibridan con nuevos formatos de consumo y se adaptan a valores contemporáneos como la rapidez y la inmediatez; así, procesos tradicionales como la recolección y preparación de plantas han sido sustituidos, especialmente entre las generaciones más jóvenes, por su adquisición en formatos industrializados. Del mismo modo, las formas de transmisión han experimentado transformaciones significativas: de modelos verticales, basados en relaciones intergeneracionales, a dinámicas más horizontales mediadas por lo digital, donde las

personas jóvenes reciben, generan y transmiten conocimiento. En este escenario, la comunidad de aprendizaje se amplía más allá del entorno cercano hacia redes más extensas de intercambio y construcción colectiva (Herrera Justicia 2021).

A la luz de este análisis, desde la Fundación Index se ha impulsado el proyecto SAVIAS, orientado a la recuperación, revalorización y revitalización de los saberes populares en salud. La iniciativa se ha desarrollado inicialmente en Cabra del Santo Cristo (Sierra Mágina, Jaén), un territorio afectado por la despoblación progresiva, pero con un reconocido patrimonio inmaterial. En colaboración con la Asociación de Mujeres Sierra Cruzada, el proyecto ha permitido identificar a mujeres mayores depositarias de saberes en riesgo de desaparición e implicarlas en su recuperación y devolución a la comunidad. Tras aproximadamente un año de trabajo, el proceso culminó en una exposición en la Casa-Museo Cerdá y Rico, donde, a partir de aportaciones de personas voluntarias, se recreó el espacio de cuidado por excelencia: la cocina tradicional, con plantas medicinales y remedios populares. Mediante el lenguaje artístico, se facilitó el acercamiento de este patrimonio a las familias, promoviendo su reconocimiento y resignificación. Una de las principales enseñanzas de esta experiencia es que la implicación comunitaria se fortalece cuando los



Inauguración de la exposición SAVIAS: Cuidando la salud en familia en la Casa-Museo Cerdá y Rico (Cabra del Santo Cristo, Jaén) | foto proyecto SAVIAS

procesos conectan con la memoria, la identidad y la historia compartida (Fundación Index 2024).

El reto para la pervivencia de los saberes populares en salud pasa, en primer lugar, por su preservación, y en este sentido, la historia oral se revela como una aliada excepcional. Recuperar la voz de las mujeres que han sostenido el cuidado de generaciones constituye tanto un ejercicio de memoria como un acto de justicia social. Frente a la invisibilidad, se impone la necesidad de habitar la historia y reconocer a quienes la han construido desde lo cotidiano (Herrera Justicia 2022). Asimismo, la revitalización de este patrimonio inmaterial requiere integrar a la comunidad en su diversidad actual. Personas migrantes, jóvenes y habitantes estacionales han de formar parte activa de los procesos de reactivación de estos saberes (Navarro Valverde et ál. 2025). Desde esta perspectiva, los usos y costumbres han de abrirse a la diferencia, entendiendo que el cambio no es ajeno a la tradición, sino que forma parte de su continuidad.

Finalmente, para quienes investigan y trabajan en el ámbito de lo popular, se requiere un posicionamiento claro. Resulta urgente promover un diálogo horizontal y creativo que reconozca la pluralidad de saberes. El cuidado y el conocimiento de lo popular no pertenecen en exclusiva a ninguna disciplina, sino que forman parte de la experiencia humana y de la vida cotidiana en los territorios rurales. Por tanto, es imprescindible desarrollar prácticas de trabajo con y para la ciudadanía, prestando especial atención a las mujeres rurales, históricamente portadoras de estos saberes y, al mismo tiempo, invisibilizadas por los discursos hegemónicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Cejudo-García, E. y Portilo-Robles, M.A. (2024) La vida en pandemia en el mundo rural andaluz: ¿un punto de inflexión para su revalorización? *AGER: Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural (Journal of Depopulation and Rural Development Studies)*, n.º 40, pp. 343-384. Disponible en: <https://doi.org/10.4422/ager.2024.19> [Consulta: 19/03/2026]
- Fundación Index (2024) ¿Qué es SAVIAS? Disponible en:

https://www.fundacionindex.com/casamagina/?page_id=1261 [Consulta: 19/03/2026]

- García-Pozuelo, S. (2024) El rural andaluz: descentralización y periferia en el arte contemporáneo. En: *EX±ACTO. VI Congreso Internacional de investigación en artes visuales aniaav 2024*. Valencia, 3-5 julio 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.4995/ANIAV2024.2024.18259> [Consulta: 19/03/2026]
- Herrera Justicia, S. (2021) Domus, el espacio renovado de intercambio de saberes y cuidado en las familias. *Index De Enfermería*, vol. 30, n.º 1-2, pp. 3-5. Disponible en: <https://ciberindex.com/c/ie/e133011> [Consulta: 22/03/2026]
- Herrera Justicia, S. (2022) Silenciar el saber de las mujeres es negar la esencia del cuidado. *Index De Enfermería*, vol. 31, n.º 2, pp. 54-55. Disponible en: <https://doi.org/10.58807/indexenferm20224887> [Consulta: 22/03/2026]
- Navarro Valverde, F.A., Capote Lama, A., Porcel Rodríguez, L., y Cejudo García, E. (2025) Propuestas para afrontar la despoblación desde lo local y la relevancia de los mecanismos de desarrollo neoendógeno: el caso de Andalucía (España). *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, n.º 103. Disponible en: <https://doi.org/10.21138/bage.3590> [Consulta: 20/03/2026]
- Nieto Calmaestra, J.A. y Capote Lama, A. (2025) Despoblación y contrastes en la estructura demográfica en Andalucía (2001-2021). *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, n.º 104. Disponible en: <https://doi.org/10.21138/bage.3614> [Consulta: 20/03/2026]
- Valle Ramos, C. del, Nieto Calmaestra, J.A., Larrubia Vargas, R. y Natera Rivas, J.J. (2025) ¿Por qué se vacía la Andalucía rural según sus pobladores? Análisis de los factores de abandono y permanencia desde una perspectiva cualitativa. *Investigaciones Geográficas*, n.º 83, pp. 129-153. Disponible en: <https://doi.org/10.14198/INGEO.27280> [Consulta: 19/03/2026]

Medicina tradicional y Al-Ándalus

Pablo Diego García Durán | Estudiante de historia

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6099>

Este debate nos sitúa ante una cuestión de fondo que atraviesa toda la gestión del patrimonio cultural inmaterial: cómo proteger y transmitir los saberes de cuidado sin que ese proceso de patrimonialización termine desnaturalizándolos, estandarizándolos o arrancándolos de las comunidades que los han mantenido vivos durante siglos.

Para abordar esta complejidad, resulta iluminador mirar hacia atrás, hacia un periodo histórico donde los sistemas de salud tradicionales alcanzaron un esplendor extraordinario precisamente por su capacidad de integración, hibridación y diálogo entre distintas tradiciones. Me refiero, como muestra el artículo de Juan Bautista Gutiérrez Aroca sobre la ciencia y la medicina en Al-Ándalus, a ese crisol de saberes que floreció en la Península Ibérica entre los siglos VIII y XV. Lo que allí ocurrió no fue un mero capítulo de la historia de la medicina, sino un modelo vivo y hoy plenamente patrimonializable de lo que significa un sistema de salud plural, en el que convivían y se retroalimentaban la ciencia académica, los saberes populares, las tradiciones religiosas y los conocimientos procedentes de Oriente. Figuras como Abulcasis, el cirujano cordobés que diseñó más de doscientos instrumentos quirúrgicos y cuyo *Al Tasrif* fue texto de referencia en Europa durante cinco siglos; Avenzoar, que practicó necropsias para comprender las enfermedades, descubrió el ácaro de la sarna y entendió la salud como equilibrio entre los cuatro humores; o Averroes, que escribió tratados sobre higiene, dietética y la inmunidad que otorgaba la viruela.

Todos ellos encarnan un saber que no era excluyente, sino que dialogaba con las prácticas de los mudawin o curanderos populares, con la medicina de los monasterios mozárabes o con la farmacopea elaborada a partir de plantas recogidas en los jardines botánicos que,

como el de Ben Uafid en Toledo, anticipaban la investigación científica moderna. Este entramado de saberes, desde los grandes tratados hasta la aplicación de saliva por parte del sanador o el uso de amuletos con versículos coránicos que Gutiérrez Aroca documenta en los primeros siglos del Emirato, constituye hoy un patrimonio



De *Materia Médica* de Dioscórides, copia manuscrita árabe del texto griego. Dioscórides y un discípulo | foto The Yorck Project (2002)

nio inmaterial innegable, pero nos obliga a preguntarnos qué ejemplos debemos considerar.

En mi opinión, no podemos limitarnos a los hitos de la medicina académica andalusí, por importantes que sean, sino que debemos incluir también ese sustrato de conocimientos populares, porque precisamente de la tensión entre lo científico y lo popular, lo escrito y lo oral, lo masculino y lo femenino, surgía la vitalidad de un sistema que entendía la salud de manera integral, como un equilibrio que dependía de la dieta, el ejercicio, el sueño, el ánimo y las relaciones sociales. Esta lección del pasado nos conecta directamente con cómo afecta a estos sistemas de cuidado tradicionales un contexto de pluralismo asistencial dominado por la biomedicina.

La historia de Al-Ándalus muestra que el pluralismo puede ser fértil cuando existe un reconocimiento horizontal entre saberes, pero Gutiérrez Aroca también nos advierte de cómo, a partir del periodo almohade, la rigidez religiosa y la centralización del saber llevaron a una progresiva decadencia que afectó a la libertad de pensamiento y a la diversidad de prácticas. Hoy, la biomedicina no actúa como un saber más entre otros, sino como un sistema hegemónico que impone sus protocolos, sus formas de acreditación y su epistemología, relegando a menudo los saberes tradicionales a la categoría de complementarios o folclóricos. Esto tiene efectos profundos: deslegitima a las comunidades portadoras, desposee a las mujeres, que históricamente han sido las principales transmisoras de estos cuidados, de su autoridad y fragmenta lo que antes era una comprensión holística del cuerpo y la enfermedad. Si observamos la medicina andalusí, autores como Avenzoar o Averroes no separaban la terapéutica de la higiene, la dietética del estado anímico o la farmacología de la cosmética; esa visión integrada es precisamente lo que los sistemas de cuidado tradicionales pueden aportar hoy a un modelo biomédico que, en su hiperespecialización, a menudo pierde de vista a la persona en su totalidad.

Esto nos lleva a los efectos de incorporar estas prácticas en las listas patrimoniales de la Unesco o en otros

catálogos institucionales. La experiencia andalusí, vista en perspectiva, nos ofrece una advertencia: cuando la ciencia árabe fue traducida y asimilada por Europa a través de la Escuela de Traductores de Toledo y de figuras como Gerberto de Aurillac, luego Papa Silvestre II, ese “proceso de patrimonialización”, si podemos llamarlo así, fue también un proceso de descontextualización, de apropiación y de estandarización de unos saberes que en su origen eran mucho más ricos y complejos. Hoy, la visibilización que otorgan las listas de la Unesco puede favorecer la salvaguardia de prácticas vivas, dotándolas de recursos y reconocimiento, pero también introduce nuevas formas de institucionalización que tienden a fijar lo que por naturaleza es dinámico, a seleccionar lo que es presentable frente a lo que es cotidiano y a convertir en producto turístico o recurso terapéutico lo que antes era parte orgánica de la vida comunitaria.

Por eso resulta crucial preguntarnos cómo articular una acción patrimonial en el ámbito de la salud sin reducir los saberes culturales de cuidado a protocolos, productos o recursos terapéuticos. La respuesta, creo, está en mirar de nuevo a Al-Ándalus y a su forma de entender el conocimiento médico como algo indisociable de la práctica, de la transmisión intergeneracional y de la adaptación al entorno. Abulcasis no escribió su *Al Tasrif* como un manual cerrado, sino como una recopilación de su



Vista general Pórtico Sur del Maristán Nazarí de Granada desde el compás del Monasterio de la Concepción | foto Paco Campos

experiencia quirúrgica, y sus instrumentos eran el resultado de un diálogo constante con la práctica. Avenzoar, por su parte, insistía en que la única fuente de conocimiento es la experiencia. Esta centralidad de la práctica, del ensayo y del saber situado es lo que debemos proteger frente a la tentación de convertir los conocimientos tradicionales en meros protocolos exportables o en recursos terapéuticos estandarizados que puedan ser comercializados sin la participación de las comunidades que los generaron.

Finalmente, todo esto nos lleva al papel que deben desempeñar las comunidades portadoras y, en particular, las mujeres en la definición y gestión de estos procesos. Si hay una lección clara en la historia de la medicina andalusí es que los grandes avances no surgieron de la nada, sino de tradiciones familiares, como la dinastía de médicos a la que perteneció Avenzoar, y de redes de transmisión que, aunque la documentación escrita ha privilegiado las figuras masculinas, sabemos que incluían a mujeres en los cuidados cotidianos, en la preparación de medicamentos, en la atención a los partos y en la transmisión de saberes etnobotánicos. Hoy, no puede haber una política patrimonial justa y eficaz sin que las mujeres, que en muchos contextos siguen siendo las principales portadoras de estos saberes, ocupen un lugar central en la definición de qué se patrimonializa, cómo se hace y con qué fines.

En definitiva, la medicina andalusí nos enseña que los sistemas de cuidado tradicionales no son reliquias del pasado, sino saberes vivos que han demostrado su capacidad de adaptación, integración y resiliencia a lo largo de los siglos. El desafío actual no es encapsularlos en listas o museos, sino crear las condiciones para que sigan siendo prácticas vivas, comunitarias y en diálogo, no subordinadas, en relación con los sistemas de salud contemporáneos. La patrimonialización, bien entendida, debería ser una herramienta al servicio de ese diálogo, no un instrumento de institucionalización que termine haciendo con los saberes tradicionales lo que la conquista cristiana hizo con la ciencia andalusí: traducirla, sí, pero también desposeerla de su contexto y de sus

creadores. Por eso, cuando hablamos de salud y patrimonio inmaterial, lo que está en juego no es solo la preservación de unas técnicas o unos conocimientos, sino la defensa de una forma de entender el cuidado que sitúa a las personas y las comunidades en el centro, que reconoce la diversidad de saberes como un activo social y que nos recuerda, como ya sabían aquellos médicos andalusíes, que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino el equilibrio entre el cuerpo, el espíritu, la comunidad y el entorno que habitamos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aroca, J.B.G. (2018) Desarrollo de la ciencia y la medicina en Al-Andalus. *Arte, arqueología e historia*, n.º 25, pp. 133-148. Disponible en: <https://www.artearqueohistoria.com/DESCARGAS/REVISTA/2018/Libro%20Revista%2025.pdf> [Consulta: 25/03/2026]

Los saberes tradicionales en salud como patrimonio cultural: tensiones entre cultura y salud pública en contextos rurales

Jenny-G. Rebolledo-Morelo | Facultad de Ciencias Básicas y Biomédicas, Universidad Simón Bolívar

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6104>

En los contextos rurales de América Latina, los procesos de salud-enfermedad-atención-desatención son mediados por sistemas culturales que orientan la comprensión, prevención y tratamiento de diversas patologías (Breilh 2023). En este escenario, los saberes tradicionales en salud como el uso de plantas medicinales, partería, rituales de sanación y redes comunitarias configuran un sistema complejo de conocimiento que articulan la biodiversidad local, las relaciones sociales que sostienen el bienestar colectivo con explicaciones culturales de la enfermedad y las prácticas de autocuidado (Rebolledo 2024).

Desde la perspectiva del patrimonio cultural inmaterial, estos elementos se consideran susceptibles de patrimonializar, ya que representan conocimientos colectivos, dinámicos y transmitidos intergeneracionalmente. Sin embargo, su reconocimiento como patrimonio plantea tensiones importantes desde el enfoque epidemiológico y la salud pública (Chertkoff 2024). En el contexto rural, cuyas características estructurales favorecen barreras en la atención en salud, se presenta un pluralismo asistencial dominado por la biomedicina, que establece procesos que invisibilizan las prácticas y estandarizan los procesos sin revisar las limitaciones en ambos tipos de la atención en salud, relacionados con el territorio (Menéndez 2020). Surge así el problema de cómo reconocerlos y salvaguardarlos como patrimonio cultural vivo sin descontextualizar los saberes comunitarios o reducirlos a recursos terapéuticos institucionalizados.

Las explicaciones en el enfoque biomédico se basan en prácticas de salud soportados en evidencia científica para garantizar la seguridad terapéutica y su efectividad

(Ravanel y Stephan 2018). En este aspecto se establecen criterios de evaluación clínica que validan prácticas en el manejo de enfermedades. Sin embargo, este enfoque puede derivar en una visión positivista, reduccionista o instrumentalista, donde los saberes tradicionales son deslegitimados por no cumplir con estándares experimentales, desvalorizando su dimensión sociocultural (Buxó Rey 2018).

Por otro lado, el enfoque ecosocial articula dimensiones biológicas, sociales y ambientales en la comprensión de la salud-enfermedad-atención reconociendo que los saberes tradicionales marcan sistemas ecológicos y territoriales complejos (Krieger 2024). Diferentes autores exaltan el valor de los conocimientos en la gestión sostenible de la biodiversidad, estableciéndolos como protagonistas del patrimonio biocultural, la limitación de este



Venta de remedios tradicionales en el mercado de Ipiales (Colombia) | dfinnecy



Venta de hierbas medicinales (Marang, Malaysia) | Lon&Queta

enfoque resulta al idealizar las prácticas tradicionales sin establecer su alcance o riesgos en la salud.

Por su parte el enfoque antropológico-cultural presenta explicaciones culturales de la enfermedad, como una asociación entre los desequilibrios o factores simbólicos, que componen elementos interpretativos de las decisiones terapéuticas (Kleinman 2017), mostrando que los saberes tradicionales no son alternativas marginales, sino sistemas estructurados de comprensión del mundo (Baer y Singer 2023). Se presenta el riesgo del relativismo cultural si no se establecen criterios de evaluación, lo que implica aceptar prácticas potencialmente ineficaces o riesgosas en la atención en salud, crítica en áreas rurales. Bajo esta postura, la patrimonialización de saberes en salud precisa reconocer su valor cultural, simbólico, comunitario y establecer procesos de reflexión en una evaluación integral que considere su impacto en la salud con una comprensión cultural situada.

La patrimonialización de los saberes tradicionales en salud configura un proceso complejo más allá del reconocimiento cultural en el área de la salud pública y la política social en salud. Presentando una tensión epistemológica en torno al reduccionismo biomédico, el relativismo cultural y la legitimización de los sistemas locales de conocimiento. Debido a que las áreas rurales dispersas presentan barreras de acceso a la salud, las prácti-

cas tradicionales se configuran como forma de atención oportuna. Sin embargo, establecerlas de manera institucional exige una reflexión crítica y una valoración de sus alcances y limitaciones (Shiva 1997).

Esta postura implica orientar modelos interculturales de salud, validar la aproximación de protocolos con enfoque territorial ante los miembros de las comunidades, estableciendo elementos de valor que garanticen seguridad y efectividad en la atención, así como diseñar intervenciones pertinentes en salud pública de forma eficiente y culturalmente sensible (Abimbola 2019). Adicionalmente, las prácticas de autocuidado se transmiten de forma intergeneracional constituyendo redes de apoyo desde el tejido social como estrategias de aprendizaje en el ámbito familiar con un valor funcional para la cohesión social que favorece la interpretación simbólica configurando la identidad cultural (Bueno Amaral y Fernandes Cerveira Filho 2016).

En este sentido la complejidad en la operacionalización de variables culturales integra varias dimensiones biológicas, sociales y ambientales en la salud que no generan relaciones causales, sin embargo, destacan patrones de uso asociados al territorio que son evidencia de los sistemas tradicionales del contexto (Barr et ál. 2024).

De esta manera la revaloración de los saberes tradicionales en salud exige una posición integradora que reconoce el valor cultural, histórico y comunitario que justifica su salvaguarda como patrimonio inmaterial, al tiempo que requiere una metaevaluación crítica y situada de los componentes evaluados en función de la seguridad, efectividad y pertinencia en salud pública con criterios interculturales de validación para evitar el reduccionismo biomédico y ampliando la comprensión en la simbología y los marcos de interpretación para incluir dimensiones culturales y territoriales que permitan comprender la patrimonialización como un proceso dinámico, evitando tanto la imposición de modelos externos como la idealización acrítica de las prácticas tradicionales para lograr sistemas de salud más inclusivos, equitativos y sostenibles (Fassin 2018).

BIBLIOGRAFÍA

- Abimbola, S. (2019) The foreign gaze: authorship in academic global health. *BMJ Global Health*, vol. 4, n.º 5. e002068. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002068> [Consulta: 31/03/2026]
- Baer, H.A. y Singer, M. (2023) Planetary Health: Capitalism, Ecology and Eco-Socialism. *Capitalism Nature Socialism*, vol. 34, n.º 4, pp. 20-38. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/10455752.2023.2192953> [Consulta: 31/03/2026]
- Barr, E., Popkin, R., Roodzant, E., Jaworski, B. y Temkin, S.M. (2024) Gender as a social and structural variable: research perspectives from the National Institutes of Health (NIH). *Translational Behavioral Medicine*, vol. 14, n.º 1, pp. 13-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/tbm/ibad014> [Consulta: 31/03/2026]
- Breilh, J. (2023) The social determination of health and the transformation of rights and ethics: A meta-critical methodology for responsible and reparative science. *Global Public Health*, vol. 18, n.º 1. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2193830> [Consulta: 31/03/2026]
- Bueno Amaral, F. y Fernandes Cerveira Filho, J.L. (2016) Posibilidades de análisis de la acción socioambiental según la racionalidad ambiental en Enrique Leff. *Tabula Rasa*, n.º 24, pp. 171-189. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39646776008> [Consulta: 31/03/2026]
- Buxó Rey, M.J. (2018) Herencia cultural intangible e Innovación metacultural: Villaldemiro, villa de la escultura metálica. *EREBEA, Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, n.º 8, pp. 23-43. Disponible en: <https://doi.org/10.33776/erebea.v8i0.3567> [Consulta: 01/04/2026]
- Chertkoff, L. (2024) La Salud, patrimonio intangible de la Humanidad. *Medicina general y de familia*, vol. 13, n.º 2, pp. 51-52. Disponible en: https://mgyf.org/wp-content/uploads/2024/05/MGYF2024_013.pdf [Consulta: 31/03/2026]
- Fassin, P.D. (2018) Permanencia de la crítica. *Etnografías contemporáneas, revista de antropología social y cultural*, vol. 4, n.º 6, pp. 4-29. Disponible en: <https://revistasacademicas.unsam.edu.ar/index.php/etnocontemp/article/view/462> [Consulta: 31/03/2026]
- Greenhalgh, T., Howick, J. y Maskrey, N. (2014) Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*, n.º 348, g3725. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.g3725> [Consulta: 31/03/2026]
- Kleinman, A. (2017) The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition: [Excerpt]. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, vol. 92, n.º 10, 1406
- Krieger, N. (2024) *Epidemiology and the People's Health: Theory and Context*. sl: Oxford University Press
- Menéndez, E.L. (2020) Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, n.º 16, pp. 1-25. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/SC.2020.2615> [Consulta: 31/03/2026]
- Ravanal, M. (de la) y Stephan, D.A. (2018) Medicalización, prevención y cuerpos sanos: la actualidad de los aportes de Illich y Foucault. *Temas (Mexico)*, n.º 55, pp. 407-437. Disponible en: <https://revistas.up.edu.mx/topicos/en/article/view/914/920> [Consulta: 01/04/2026]
- Rebolledo, J.G. (2024) *Epidemiología cultural de la enfermedad diarreica aguda en áreas rurales de la región caribe colombiana*. Tesis doctoral, Universidad de Salamanca. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10366/160614> [Consulta: 31/03/2026]
- Shiva, V. (1997) *Biopiracy: The plunder of nature and knowledge*. Boston, MA: South End Press

Salud, patrimonio universal

Liliana Chertkoff | Médica epidemióloga

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6109>

Accionar acerca de patrimonio y salud nos exige comprender la compleja interacción de sistemas y procesos, interdependientes e interconexos, en un contexto planetario de “policrisis” (Morin 1999), de crisis planetarias permanentes y amplificadas, frente a un cambio de era antropológico digital evidente en las guerras, la geopolítica, el cambio climático, la inseguridad económica energética y alimentaria, y la inequidad de epidemias, sindemias y pandemias.

Este dramático escenario actual suma cada día ingredientes de mayor conflicto y nos exige buscar una epis-

teme (Breilh 2020) integradora (Morin 2015) que optimice estrategias para incorporar los saberes de la medicina tradicional a una biomedicina que debe humanizarse, más allá del mercantilismo y el poder hegemónico.

Es imposible ignorar las tragedias colectivas donde nadie se salva solo. Somos depositarios de legados universales que nos exigen ir más allá de intereses sectarios que además no resuelven (Morin 2026; Burucua 2024).

Necesitamos ofrecer a las nuevas generaciones el resguardo de los conocimientos ancestrales, con propues-



Canción de Shambhala (1943) de Nicholas Roerich

tas creativas, ideas ecoambientales, sustentables y sostenibles que armonicen con la constelación de ciencias de la vida. Generar un giro de escenario, desde espacios interdisciplinarios, con puntos de armonía de valores esenciales. Para hacerlo es imprescindible conocer la multiplicidad de relaciones y tensiones de los procesos de salud/enfermedad tanto de los seres humanos en sus comunidades y organizaciones sociales, como de la salud animal, vegetal y ambiental, integradas en el paradigma de *Una sola salud*, conviviendo todos en la Biosfera para resolver las problemáticas de cada singularidad (OMS 2023).

Transformar un paradigma cartesiano en un paradigma complejo, inclusivo, inspirador, o sea en un modelo que dé lugar a matrices conceptuales, metodologías de investigación/acción, prácticas y legislaciones innovadoras.

Una interferencia a la hora de sumar voluntades, la severa fragmentación en el modo de plantear los problemas, responde a formaciones académicas divididas. Pensar en salud es pensar en sistemas y procesos atravesados por singularidades de cada contexto regional, antropológico, cultural, político, histórico, considerar un tejido complejo que nos exige encontrar un espacio común desde donde trabajar sobre patrimonios.

La idea no es rivalizar con la biomedicina ni con otras ciencias, sino ofrecer espacios comunes que jerarquicen la dignidad humana y sus entornos. Por ejemplo, el parto vertical en Guatemala es una práctica excelente, que debería reemplazar a las cesáreas programadas innecesarias, cuando el embarazo a término es normal y sin complicaciones. Sin embargo, estamos muy lejos de lograr incorporarlo en los sistemas de salud.

Es imprescindible instalar en la opinión pública, en los diversos centros académicos, en todo medio de divulgación, la trascendencia de valores necesarios para preservar la condición humana y sus ecosistemas.

Un punto de partida es la medicina familiar como herencia ancestral, que estuvo desde siempre en la memoria

de los pueblos y que se constituye hoy en oportunidad estratégica patrimonial, que exige ser recreada como herramienta metodológica porque tiene una cartografía ampliada del ser humano, su comunidad, sociedad, región y ambiente: la familia como matriz de humanización.

La medicina familiar representa un espacio de confluencia, mucho antes de las imposiciones de una biomedicina hegemónica que hoy también está en crisis. La medicina familiar, integrada en la biomedicina, es una herramienta oportuna que hoy padece graves interferencias de gestión en los sistemas de salud.

La salud patrimonio de la humanidad se constituye en una oportunidad de construcción colectiva, local y universal, una posibilidad para debatir sobre los derechos esenciales a la vida y cómo protegerlos a la luz de los conocimientos y aspiraciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Breilh, J. (2020) *Epidemiología crítica*. Buenos Aires: Ed. Lugar
- Burucua, J.E. (2024) *Civilización*. Buenos Aires: Ed. Fondo de cultura económica
- Chertkoff I. (2024) La salud patrimonio intangible de la Humanidad. *Medicina general y de familia*. Edición digital 13(2), pp. 51-52. Disponible en: https://mgyf.org/wp-content/uploads/2024/05/MGYF2024_013.pdf [Consulta: 08/04/2026]
- Morin, E. (1999) *Terra Patria*. Buenos Aires: Ed. Nueva visión
- Morin, E. (2015) *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Buenos Aires: Ed. Nueva visión
- Morin, E. (2026) *Lecciones de la historia*. Buenos Aires: ed. Taurus
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2023) *Una sola salud*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/one-health> [Consulta: 08/04/2026]

La cultura del Pohã Ñana: salvaguardando la actividad de las yuyeras de Paraguay

Sara González Cambeiro | Instituto del Patrimonio Cultural de España
Sergio D. Ríos | Secretaría Nacional de Cultura de Paraguay

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6110>

Las prácticas y saberes tradicionales del Tereré en la cultura del Pohã Ñana, bebida ancestral guaraní en Paraguay, fueron inscritas en 2020 (15.COM/8.B.41) en la Lista representativa del patrimonio cultural inmaterial de la humanidad, siendo el primer elemento paraguayo incluido en alguna de las listas administradas por la Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial de 2003 de la Unesco. Este reconocimiento internacional destacaba no solo el conocimiento botánico de las hojas, raíces o frutos que se había mantenido



Yuyera en Itauguá (Paraguay) | foto Sara González Cambeiro

durante generaciones en la cultura paraguaya, sino, fundamentalmente, su capacidad identitaria. El propio expediente lo reafirmaba así: “Al preservar estos saberes, Paraguay sostiene un legado que ha resistido el paso del tiempo, resguardando en sus prácticas cotidianas el poder sanador de su flora y manteniendo una medicina que es tanto un acto de sanación como un reflejo de la cultura y cosmovisión de sus comunidades originarias”. Si bien el corazón del expediente era el consumo ritual del Tereré (la infusión de yerba mate con agua fría y Pohã Ñana, las hierbas medicinales, muy extendido en la sociedad paraguaya) y su papel en las prácticas sociales de las comunidades, esta bebida es la expresión de algo más profundo: un complejo sistema cultural que se mantiene vivo y que encuentra en las yuyeras uno de sus principales agentes protagonistas. Ellas son, aún hoy, depositarias, transmisoras y agentes activas de este patrimonio inmaterial.

Es imposible comprender todas las dimensiones de un bien tan diverso sin contextualizarlo en la cultura paraguayo-guaraní, presente en la vida individual y colectiva del país independientemente de su género, clase social o localización. La transmisión de la cultura del Tereré, en lo que respecta a las formas de consumo y a las propiedades y atributos de las hierbas medicinales (habitualmente llamadas yuyos), se produce por lo general en el ámbito familiar, sobre todo llevado a cabo por línea materna. Así pues, la recolección, preparación y venta de los yuyos son prácticas asociadas específicamente a las mujeres y, como indica la investigadora Marie Vesco (2023): “la palabra yuyera, mucho más utilizada que el masculino, casi nunca empleado en Paraguay, lo atestigua”.



Yuyeras, Paraguay | foto Juan José Oteiza

Las y los especialistas en medicina ñana, las yuyeras e incluso la propia población consumidora actualizan constantemente los conocimientos sobre las hierbas medicinales a través del conocimiento científico, por contacto con otras culturas e, indudablemente, por la propia práctica diaria de la manifestación. Este cuidado del patrimonio inmaterial no solo redundaría en el mantenimiento de la identidad paraguaya y de la cosmovisión propia de la cultura guaraní, sino también del ecosistema al que se encuentran vinculadas: las yuyeras y el resto de agentes que cultivan y recolectan las hierbas medicinales conocen, aprecian y conservan la biodiversidad local y, en muchos casos, preservan e incluso restauran áreas degradadas en ecosistemas amenazados.

Este es el objetivo del proyecto Guardianas del Pohã Ñana (PNUD 2025), en el que han participado hasta el momento 50 mujeres de los departamentos de Itapúa y Caazapá a las que han sido cedidos espacios para el cul-

tivo de hierbas medicinales. El objetivo de esta iniciativa es salvaguardar los conocimientos de cultivo, recolección y comercialización de diversas variedades vegetales y convertirlos, a su vez, en una vía de liderazgo e independencia económica para las mujeres locales, que pueden mantener con él a sus familias.

Pero si hay, a nivel nacional, un lugar identitario para las yuyeras es el Paseo de los Yuyos del Mercado municipal n.º 4 de Asunción, epicentro de la compraventa de estas hierbas y símbolo de la vigencia de esta práctica en la vida cotidiana paraguaya. En 2025, la Secretaría Nacional de Cultura de Paraguay desarrolló un acto de reconocimiento a las yuyeras en este Mercado, donde, cada madrugada, mujeres de familias enteras escogen para la venta remedios para todo tipo de dolencias.

Aunque la transmisión intrafamiliar de estos conocimientos es insustituible, recientemente se han desarro-

llado varios procesos de institucionalización, como la publicación de un *Manual de uso de hierbas medicinales del Paraguay* (Machaín Singer 2001) (en el marco del Proyecto Paraguay: farmacopea tradicional, patrimonio cultural y estrategia de desarrollo que realiza la Fundación Celestina Pérez de Almada con el apoyo de Unesco) o dos itinerarios (SENATOUR 2026), la ruta del Pohã Ñana y el circuito turístico Ka'a Rape (ruta de la Yerba Mate), más dirigidas a personas ajenas a las comunidades portadoras, coordinadas por la Secretaría Nacional de Turismo de Paraguay.

Los procesos de patrimonialización de la práctica han tenido un carácter, como se puede observar, diverso: la primera resolución de la Secretaría Nacional de Cultura se produjo en 2014¹, cuando se declaró patrimonio cultural inmaterial nacional al Pohã Ñana, así como a “los eventos vinculados” a este, seguida de una posterior resolución en 2019² que declaraba las prácticas y conocimientos tradicionales del Tereré, bebida ancestral guaraní en la cultura del Pohã Ñana en Paraguay, como patrimonio cultural inmaterial nacional, como paso previo a la candidatura ante la Unesco.

Más recientemente, en el marco de los trabajos para la inscripción del Pohã Ñana en la Lista representativa del patrimonio cultural inmaterial de Unesco, se ha trabajado en la redacción de un Plan de salvaguardia para todas las dimensiones que conforman este bien inmaterial. Entre las acciones de este Plan se encuentra la salvaguardia de las actividades que tienen lugar en el Paseo de los Yuyos y la mejora de las condiciones de trabajo de las yuyeras que allí se ubican. A día de hoy, existe el desafío de aunar fuerzas, de manera interinstitucional, para llevar adelante dichas acciones y hacer justicia con este espacio invaluable. Esta es una muestra más de que proteger el patrimonio inmaterial supone cuidar de la dignidad y la vida de sus comunidades portadoras: en este caso, salvaguardar los conocimientos y la identidad de las yuyeras y otras protagonistas del Pohã Ñana.

NOTAS

1. Resolución n.º 994/2014, “por la que se declara Patrimonio Cultural Inmaterial del Pohã Ñana de Paraguay (usos, representaciones, expresiones, conocimientos y técnicas)”, así como otras resoluciones declarando “De Interés Cultural” los eventos vinculados al Pohã Ñana.
2. Resolución n.º 219/2019.

BIBLIOGRAFÍA

- Machaín Singer, M. (2001) *Poha Ñana Paraguaype ojeporuveva. Manual de uso de hierbas medicinales del Paraguay*. Asunción, Paraguay: Fundación Celestina Pérez de Almada; Unesco
- PNUD [Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Paraguay] (2025) *Proyecto Guardianas del Poha Ñana. Revalorizando la tradición en torno a nuestras plantas medicinales, 5 de diciembre*. Disponible en: <https://www.undp.org/es/paraguay/blog/revalorizando-la-tradicion-en-torno-nuestras-plantas-medicinales> [Consulta: 25/03/2026]
- SENATOUR [Secretaría Nacional de Turismo de Paraguay] (2026) *Ruta del Poha Ñana, proyecto turístico que busca impulsar la agricultura familiar, 18 de febrero*. Disponible en: <https://senatur.gov.py/noticias/ruta-del-poha-nana-proyecto-turistico-que-busca-impulsar-la-agricultura-familiar/> [Consulta: 25/03/2026]
- Vesco, M. (2023) ¿Vender y recolectar en los intersticios? Trabajar como yuyera en Paraguay. *Nuevo mundo mundos nuevos (Colloques. Desde los márgenes latinoamericanos: Producciones, imaginarios y resistencias del siglo XVI hasta la actualidad)*, 20 de febrero de 2023. Disponible en: <http://journals.openedition.org/nuevomundo/91221> [Consulta: 24/03/2026]

Parteiras Tradicionais do Brasil: patrimonialização como um caminho de salvaguarda de saberes do cuidado?

Júlia Morim, Elaine Müller | Museu da Parteira

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6113>

Internacionalmente conhecido pela intensa medicalização da assistência ao parto¹, o Brasil ocupou, por muitos anos, o posto de campeão mundial de nascimentos por meio de cirurgias cesarianas. Foi nesse cenário que, entre os anos de 2011 e 2024, tramitou um processo de reconhecimento do ofício de parteira como patrimônio cultural imaterial do Brasil, durante o qual questionamentos acerca de sua pertinência se deram justamente pela interposição e pela fricção com o campo da saúde, uma vez que as parteiras tradicionais atuam de modo doméstico e familiar nos cuidados que envolvem gestação, parto e puerpério. Somente em maio de 2024 é que houve a efetivação do registro² pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN), vinculado ao Ministério da Cultura, instituição responsável pela outorga da chancela.

Por parteiras tradicionais compreende-se aquelas mulheres que aprendem a partejar por meio da oralidade e da experiência prática, aplicando e transmitindo conhecimento repassados entre mulheres por gerações. Os saberes por elas construídos conformam um “sistema híbrido –devido ao cruzamento de matrizes culturais e epistemologias distinta– e aberto –por absorver novos e atuais elementos e referências–, [que] traduz o complexo processo de construção da cultura brasileira.” (IPHAN 2021, 13). Pelo enraizamento comunitário, são autoridades e referências em seus territórios atuando por meio da associação de conhecimentos e técnicas sobre o corpo, as plantas, a natureza e seus ciclos, além de rezas, orações e outras práticas relacionadas à espiritualidade. Com a ampla institucionalização da saúde e do parto nas últimas décadas, a atuação da parteira tradicional vem sendo modificada, diminuindo o atendimento do parto em si, mas mantendo-se o exercício do

amplo cuidado e dos laços afetivos com as pessoas e as famílias, aspecto essencial para seu reconhecimento como bem patrimonial.

Em uma sociedade apoiada no paradigma biomédico, o modo como o corpo de conhecimentos das parteiras tradicionais é construído e transmitido vem sendo desvalorizado e posto em xeque, inclusive no âmbito da cultura. Essa sobreposição e hierarquia de paradigmas esteve presente nos debates e discussões ocorridos durante o processo de reconhecimento patrimonial que envolveu parteiras, pesquisadoras, técnicos e conselheiros do Iphan. As argumentações que inicialmente discordavam do reconhecimento se pautavam no alcance e nos limites da atuação médica, ou seja até onde a atuação das parteiras contrariava ou invadia o espaço eminentemente do médico e da medicina institucionalizada, sem discutir o foco do pedido que era o reconhecimento cultural do ofício.

Os contra-argumentos apresentados ao longo do processo se fundamentaram nos aspectos patrimoniais relativos ao ofício, sem ressaltar os conflitos existentes, que sempre estiveram em evidência ao se falar de parteiras, já que estas sempre foram olhadas e narradas da perspectiva da esfera da saúde. Além disso, compreendeu-se que no âmbito patrimonial haverá sempre um entrelaçamento entre domínios diversos de saberes e poderes, sendo necessário destacar os aspectos culturais de cada bem.

A solicitação do registro como patrimônio buscou a valorização das parteiras e de seu ofício, a ampliação de direitos e de espaços de negociação, os quais estiveram eminentemente atrelados ao campo da saúde,



A parteira Maria abraça uma gestante, São-José-do-Ribamar (Brasil, 2020) | foto Eduardo Queiroga



As parteiras Prazeres e Naninha recebem seu título de Patrimônio Cultural do Brasil (Recife, 2024) | foto Júlia Morim

que as via como necessárias enquanto a estrutura da atenção à saúde se espalhava e se consolidava pelo país. O argumento central era o da necessária reparação histórica do Estado frente a um processo de epistemicídio de saberes e práticas femininas e de origem afro-indígena. Por esse viés, o patrimônio poderia trazer mais uma camada para o debate sobre o ofício e para as aspirações dessas mulheres. Os esforços das parteiras pelo reconhecimento, por remuneração, por melhores condições de atuação e de vida vinham sendo realizados também por meio de projetos de lei³ que comumente as situava em escala abaixo de profissionais de saúde formados. Enquadrava-as enquanto profissionais da saúde, atrelando-as à autoridade desses. O viés da cultura poderia, assim, abrir caminho

para uma valorização voltada ao respeito, ao fortalecimento e à continuidade do ofício, colaborando com a ampliação do olhar sobre o que se entende por saúde, nascimento e respeito.

Por ser muito recente, os efeitos da titulação ainda não podem ser precisamente mensurados, porém, no âmbito das políticas culturais, favorecem o acesso e o acionamento de expedientes, recursos e legislações existentes que auxiliam a execução de ações em prol do ofício. Ao delimitar e descrever o bem, a documentação produzida demonstra a forma de atuação, de aprendizado e também informa as transformações ocorridas em negociação com o constante contato e intercâmbio com os saberes e as práticas da biomedicina, que rege e regu-

lamenta a atuação do sistema de saúde oficial. Com o reconhecimento, as chamadas detentoras podem demandar apoio em situações em que haja ameaça ao bem ou em que haja imbróglis nos quais seja necessária uma intermediação, cabendo ao Iphan esse papel. Essa possibilidade pode ajudar a tensionar outras esferas públicas, como aquelas que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS), ente com o qual as parteiras mantêm frequente relação.

Vale ressaltar que a culminância deste processo administrativo de reconhecimento patrimonial ocorre num momento específico tanto nas políticas públicas quanto no entendimento sobre a participação social no Brasil. No final do mesmo ano de 2024, foi instituída a Política Nacional do Cuidado (Lei Federal n.º 15.069). Pela primeira vez, o Estado volta sua atenção para o cuidado pensando-o em rede, quem cuida e quem é cuidado. Com relação à participação social, notamos que a composição do Conselho Consultivo do Iphan naquele ano, também pela primeira vez, possuía entre os conselheiros de notório saber uma maior representatividade étnico-racial, com a relatoria sob responsabilidade de uma educadora quilombola e um interessante debate com um conselheiro indígena, para os quais a aproximação entre cultura, saúde e cuidado parece ser orgânica.

O Ofício de Parteira Tradicional, primeiro bem registrado que mantém uma relação direta com a saúde, venceu o obstáculo de reconhecimento e inaugura, talvez, uma nova fase, na qual uma lógica de acolhimento e cuidado, em que o bem-estar e o bem-viver sejam considerados parte dessa ideia do que é patrimônio, alargando o conceito.

NOTAS

1. Para saber mais sobre a assistência obstétrica no Brasil, acesse a pesquisa *Nascer no Brasil* (Leal 2014).

2. Registro é o instrumento de reconhecimento de bens de natureza imaterial como patrimônio nacional.

3. Até hoje não houve projeto de lei aprovado sobre o tema.

BIBLIOGRAFIA

- [Brasil] Lei Federal n.º 15.069, de 23 de dezembro de 2024. *Câmara dos Deputados-Palácio do Congresso Nacional*. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2024/lei-15069-23-dezembro-2024-796797-publicacaooriginal-173901-pl.html> [Consulta: 09/04/2026]
- IPHAN [Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional] (2021) *Parteiras Tradicionais do Brasil: dossiê referente à Pesquisa dos Saberes e Práticas das Parteiras Tradicionais do Brasil com vistas à instrução do Processo de Registro como Patrimônio Cultural Imaterial do Brasil*. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional. Disponível em: <https://bcr.iphan.gov.br/documentos-do-processo/dossie-de-registro-2/> [Consulta: 09/04/2026]
- Leal, M. do C. (coord.) (2014) *Nascer no Brasil: sumário executivo sobre parto e nascimento*. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/12/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf [Consulta: 09/04/2026]

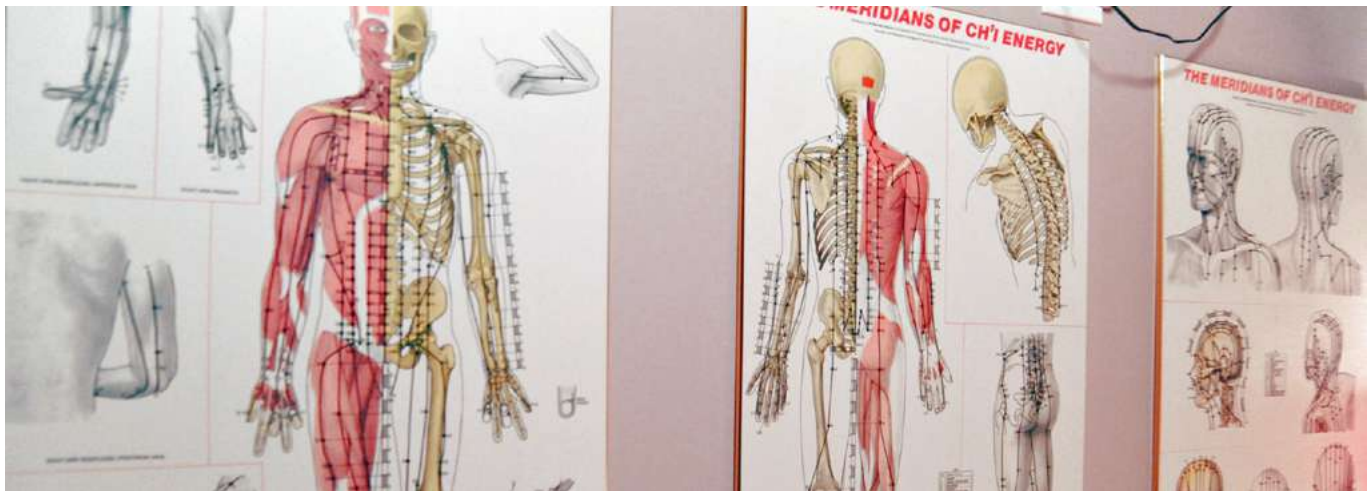
Nota de redacción

Una traducción no oficial del texto al español se encuentra disponible en el sitio web de *revista PH*: <https://www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6113>.

El cuidado como patrimonio en la era de la biomedicina: una mirada crítica desde la salud pública y la perspectiva de género

M. Elena Pérez López | Dpto. de Pintura, Universidad de Sevilla

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6102>



Esquemas anatómicos. Escuela Wu Hsing Tao, sobre acupuntura y psicología, Seattle, Washington | foto Wonderlane

Introducción

El primer signo de civilización no sería una herramienta, sino un fémur fracturado que sanó; es decir, la evidencia de que alguien cuidó de otro el tiempo suficiente para que sobreviviera. Esta idea, atribuida a la antropóloga Margaret Mead, resulta útil para introducir un debate que hoy se sitúa en un terreno complejo: la relación entre salud y patrimonio cultural inmaterial.

Desde una perspectiva multidisciplinar, marcada por la formación sanitaria y la restauración patrimonial, abordo este debate partiendo de una premisa: la medicina como práctica curativa y como patrimonio cultural no son lo mismo, aunque estén relacionadas. La Organización Mundial de la Salud (OMS 2013) define la medicina tradicional como un conjunto de conocimientos, habilidades y prácticas basadas en teorías, creencias y experiencias propias de distintas culturas. Sin embargo, cuando estos saberes se abordan desde el ámbito patri-

monial, lo que está en juego no es su eficacia clínica, sino su valor como sistemas culturales de conocimiento, ligados a identidades, territorios y formas de entender el mundo. La cuestión se centra, entonces, en cómo reconocer y preservar estos conocimientos sin convertirlos automáticamente en prácticas sanitarias válidas en términos científicos.

Medicina tradicional como patrimonio: criterios de validación, límites y riesgos

Para determinar qué prácticas pueden considerarse patrimonio cultural inmaterial, se ha de distinguir entre criterios sanitarios y patrimoniales: mientras las ciencias de la salud evalúan seguridad y eficacia clínica, el patrimonio valora identidad, cohesión social y transmisión intergeneracional. Desde la práctica sanitaria, la confusión entre ambos planos se hace evidente en situaciones cotidianas, como pacientes que rechazan tratamientos eficaces en favor de remedios tradiciona-

les o que combinan ambos sin conocer posibles interacciones. El problema no radica en la existencia del saber tradicional, sino en la falta de diferenciación entre sus funciones; lo que refuerza la idea de que mezclar patrimonio y salud pública sin una delimitación clara puede resultar peligroso, especialmente cuando no existe una formación sanitaria suficiente.

Esto no implica negar su valor. Al contrario, muchos de estos conocimientos tradicionales han sido la base sobre la que se ha construido la farmacología moderna. Sin embargo, dado que la ciencia se fundamenta en la revisión y el progreso constante, no todo saber heredado puede mantenerse en el mismo plano que la evidencia científica. El uso del kohl en el Antiguo Egipto ilustra esta ambivalencia: aunque algunos estudios sugieren efectos protectores frente a infecciones oculares (Tapsoba et ál. 2010), también se documentan riesgos por toxicidad del plomo (Tiffany-Castiglioni, Barhoumi y Mouneimne 2012). Por ello, patrimonializar no puede equivaler a validar clínicamente, sino reconocer estos conocimientos como parte de la experiencia humana frente a la enfermedad.

Otro aspecto que resulta especialmente relevante es el modo en que se patrimonializan estos saberes. La inclusión en listas institucionales, como las de la Unesco, tiene efectos positivos, ya que visibiliza estas prácticas, legitima comunidades y favorece su transmisión. Por ejemplo, la inscripción de la partería tradicional (2023) reconoce que, desde la salud pública, esta práctica contribuye a reducir la mortalidad materna; y desde el patrimonio, preserva los saberes y derechos reproductivos de estas sociedades. Pero debemos hablar sobre límites. No se pueden legitimar todas las prácticas culturales bajo el paraguas del patrimonio; especialmente, cuando entran en conflicto con los derechos humanos o la seguridad sanitaria. Aquí, y bajo mi punto de vista, la prioridad debe ser siempre la protección de las personas. La educación sanitaria y el respeto cultural deben ir de la mano, sin caer en situaciones de vulneración de derechos.

Además, en el caso de la medicina tradicional, el proceso de conservación implica el riesgo de fijar lo que por

naturaleza es cambiante, ya que se trata de conocimientos transmitidos oralmente, en constante adaptación. En este sentido, considero más útil pensar en la patrimonialización como una forma de “conservación preventiva dinámica” que documente, acompañe y proteja, pero dejando espacio para la evolución. De lo contrario, corremos el riesgo de desvirtuar aquello que pretendemos salvaguardar.

A estas cuestiones se suman los fenómenos contemporáneos de globalización, apropiación y mercantilización. Se tiende a fragmentar los saberes tradicionales, validando solo aquellos elementos que interesan y despojándolos de su dimensión simbólica y comunitaria. El consumo de té matcha para equilibrar el “Qi”, por ejemplo, ha estado siempre ligado a la medicina tradicional oriental (Haji et ál. 2025), pero recientemente se ha transformado en un producto de consumo masivo impulsado por *influencers* y creadores de contenido. El problema no es la difusión cultural en sí misma, sino su lógica extractiva: se toma un elemento, se descontextualiza, se explota comercialmente y, cuando deja de ser rentable, se sustituye por otro. Este proceso afecta tanto a la sostenibilidad de los recursos como a las comunidades que los han generado. A este respecto, creo que enfoques como el patrimonio biocultural (Boege 2008) o las propuestas sobre derechos de los conocimientos tradicionales (Posey y Dutfield 1996) resultan fundamentales no solo para proteger el patrimonio, sino para garantizar el control de las comunidades sobre sus propios saberes, evitando prácticas de apropiación que generan desigualdades estructurales.

Perspectiva de género: mujeres, cuidado y reconocimiento

Dentro de este panorama, no podemos olvidarnos de la perspectiva de género. Históricamente, el cuidado ha sido sostenido mayoritariamente por mujeres, aunque su reconocimiento haya sido limitado. La institucionalización de la medicina reforzó en muchos casos esta desigualdad (Ehrenreich y English 2010), relegando los saberes femeninos al ámbito doméstico. Hoy, con una feminización creciente del sector sanitario (OMS 2019;

Ortiz Gómez 2007), se abre una oportunidad para revisar esta situación.

A mi juicio, la patrimonialización puede contribuir a este reconocimiento, pero no debe entenderse como una solución en sí misma, sino como un paso dentro de un proceso más amplio de visibilización y justicia social. Reconocer el cuidado como patrimonio implica también reconocer el trabajo (frecuentemente no remunerado) que lo sostiene. Y, sobre todo, implica garantizar que las mujeres no solo sean reconocidas como portadoras de este patrimonio, sino también como agentes activos en su gestión.

Conclusión

En definitiva, el debate sobre salud y patrimonio cultural inmaterial no puede resolverse en términos dicotómicos. No se trata de elegir entre tradición y ciencia, sino de entender sus diferencias, delimitar con claridad sus ámbitos de actuación y sus posibles puntos de encuentro. La medicina como práctica curativa debe regirse por criterios científicos, mientras que su dimensión patrimonial debe valorarse como expresión cultural e identitaria. Mantener esta distinción no es solo una cuestión teórica, sino una necesidad práctica para evitar riesgos en la salud pública.

El reto entonces está en encontrar formas de conservación que no desvirtúen este patrimonio ni lo conviertan en productos desvinculados de su contexto, pero que tampoco lo limiten. Preservarlo implica acompañar su continuidad, respetando tanto su evolución como a las comunidades que los sostienen, donde las mujeres juegan un papel decisivo. En ese equilibrio se juega no solo la continuidad de un patrimonio vivo, sino también la posibilidad de repensar el cuidado como una dimensión central de nuestras sociedades.

BIBLIOGRAFÍA

• Boege, E. (2008) *El patrimonio biocultural de los pueblos indígenas de México: Hacia la conservación in situ de la biodiversidad y la agrobiodiversidad en los territorios indígenas*. México DF: Instituto Nacional de Antropología e Historia

- Ehrenreich, B. y English, D. (2019) *Brujas, parteras y enfermeras: Una historia de las sanadoras femeninas*. Ed. Bauma
- Haji, A., Ahsan, A., Ahsan, A., Shah, S., Tiwari, R. y Sharma, S. (2025) A review on tea in the traditional medicine system. *Journal of Emerging Technologies and Innovative Research*, vol. 12(6), c211-c221. Disponible en: <http://www.jetir.org/papers/JETIR2506232.pdf> [Consulta: 13/04/2026]
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2013) *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241506096> [Consulta 13/04/2026]
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2019) *Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce*. Geneva: World Health Organization (Human Resources for Health Observer Series; 24). Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/delivered-by-women-led-by-men.pdf?sfvrsn=94be9959_2 [Consulta: 13/04/2026]
- Ortiz Gómez, T. (2007) La práctica sanitaria en la historia ¿una cuestión femenina? *Eidon. Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud*, n.º 23, pp. 61-65. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/14970> [Consulta: 13/04/2026]
- Posey, D.A. y Dutfield, G. (1996) *Beyond intellectual property: Toward traditional resource rights for indigenous peoples and local communities*. Ottawa: International Development Research Centre (IDRC). Disponible en: <https://idrc-crdi.ca/en/books/beyond-intellectual-property-toward-traditional-resource-rights-indigenous-peoples-and-local> [Consulta: 13/04/2026]
- Tapsoba, I., Arbault, S., Bouret, P. y Amatore, C. (2010) Finding out Egyptian Gods' secret using analytical chemistry: Biomedical properties of Egyptian black makeup revealed by amperometry at single cells. *Analytical Chemistry*, vol. 82, n.º 2, pp. 457-460. Disponible en: <https://doi.org/10.1021/ac902348g> [Consulta: 13/04/2026]
- Tiffany-Castiglioni, E., Barhoumi, R. y Mouneimne, Y. (2012) Kohl and surma eye cosmetics as significant sources of lead (Pb) exposure. *Journal of Local and Global Health Science*, vol. 2012, n.º 1. Disponible en: <https://doi.org/10.5339/jlghs.2012.1> [Consulta: 13/04/2026]

Sensibilidad, cuidado y patrimonio inmaterial en la construcción del paisaje urbano de la salud

Gabriela Campari | Universidad de Buenos Aires

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6114>

Pensar el patrimonio urbano desde la sensibilidad implica ampliar la mirada más allá de los objetos excepcionales, incorporando las experiencias y vínculos que sostienen la vida cotidiana. Comprender el paisaje como una construcción relacional –alejándose de concepciones que lo reducen a un fondo estático o a una configuración meramente ornamental– permite reconocer que no preexiste a los sujetos, sino que se construye dinámicamente en la interacción entre territorios, representaciones y prácticas sociales (Campari 2018). Esta

perspectiva resulta especialmente fértil para abordar paisajes urbanos que, aun siendo centrales para la vida social, permanecen invisibilizados en los relatos oficiales. La escasa presencia en las políticas patrimoniales de los espacios verdes intrahospitalarios evidencia una persistente dificultad para reconocer el valor cultural de las prácticas de cuidado y de las experiencias ligadas a la vulnerabilidad. Integrados a los conjuntos hospitalarios, estos espacios han sido relegados en los procesos de patrimonialización, a pesar de su relevancia en la construcción cotidiana del habitar de la salud. La primera guía de la Ciudad de Buenos Aires (DGP 2003), bajo el lema “Buenos Aires, patrimonio de todos”, amplió la nómina de bienes urbanos reconocidos, pero no incluyó a la institución hospitalaria como valor patrimonial, otorgando una limitada visibilidad a los paisajes de la salud.



Hospital General de Agudos Dr. José María Ramos Mejía, Ciudad de Buenos Aires | foto Gabriela Campari

La fragilidad de las infraestructuras del servicio público de salud se hizo evidente en conflictos como el del Hospital Rivadavia (Campari 2014), cuya posible demolición y sustitución por un nuevo centro asistencial de alta complejidad fue presentada en la prensa con titulares como: “Condena de muerte al hospital” (Condema 2008). La exclusión de su edificio histórico y de sus áreas verdes internas del campo patrimonial puso de relieve la desatención de su dimensión inmaterial: los usos cotidianos, las memorias compartidas y las relaciones afectivas que allí se construyen. Son estas prácticas las que configuran estos espacios como paisajes sensibles, producidos en la experiencia corporal y emocional de quienes los habitan y transitan.

Los espacios verdes intrahospitalarios operan como mediadores entre prácticas sociales atravesadas por el dolor, la espera o el alivio y la institución médica, habilitando pausas, recorridos lentos y momentos de contacto



Hospital de infecciosas Dr. Francisco Javier Muñiz, Ciudad de Buenos Aires
| foto Gabriela Campari

con el exterior. Lejos de constituir espacios residuales, estas áreas verdes se configuran como territorios densamente significados desde el punto de vista afectivo, simbólico y social. Históricamente, su incorporación respondió al ideario higienista de fines del siglo XIX, que articulaba ornato y salud. En este marco, el modelo pabellonal integró jardines y áreas abiertas como parte activa de la hospitalización, consolidándose en Buenos Aires durante el proceso de construcción del Estado moderno. Sin embargo, la progresiva tecnificación de la medicina y la primacía de criterios de eficiencia funcional a lo largo del siglo XX relegaron estos espacios, debilitando su valoración simbólica. Esta desjerarquización contrasta con las percepciones de la comunidad hospitalaria –personal de salud, pacientes y visitas–, quienes los reconocen como un pulmón verde y espacio de encuentro que aporta significativos beneficios psicofísicos y emocionales. El contacto con la naturaleza resulta “vital” ya que promueve el movimiento, reduce el sedentarismo, disminuye el estrés y contribuye a una mejor evolución y recuperación de los pacientes, incluso facilitando el alta precoz, al tiempo que favorece la relajación y la socialización (Campari 2018).

Más allá de sus efectos fisiológicos, estos espacios operan como mediadores culturales, al constituirse en ámbitos donde se transmiten prácticas, saberes y rituales vinculados al cuidado, la esperanza y la resiliencia. El

paseo por un jardín hospitalario, la reunión familiar bajo un árbol o la contemplación del paisaje se transforman así en gestos cotidianos que integran la dimensión cultural de la salud. En tal sentido, los espacios verdes intrahospitalarios pueden ser comprendidos como patrimonio inmaterial de la salud: no solo como soportes físicos, sino como escenarios donde se entrelazan naturaleza, cultura y cuidado, y donde se reproducen y resignifican prácticas culturales de sanación que enriquecen la experiencia hospitalaria.

El patrimonio se configura a partir de criterios de legitimación que operan como matrices de inclusión y exclusión. En este proceso, el poder local desempeña un papel central, ya que, en términos de Prats (1998), opera como agente de activación patrimonial y constructor de identidades. Los paisajes intrahospitalarios, asociados a lo cotidiano y a la hospitalización, suelen quedar fuera de estos dispositivos. Frente a ello, el concepto de patrimonio cultural inmaterial (PCI), definido por la Convención de la Unesco (2003), ofrece herramientas para repensar los paisajes de la salud. El PCI reconoce usos, saberes y prácticas –junto con los espacios que les son inherentes– como componentes constitutivos del patrimonio, superando la dicotomía material/inmaterial. Caminar por un jardín hospitalario, sentarse al aire libre tras una consulta o hacer una pausa antes de regresar a la sala son acciones cotidianas que, al reiterarse, construyen memoria y sentido, configurándose como expresiones del patrimonio cultural inmaterial de la salud. Tal como señala García Canclini (1999), el patrimonio es un espacio de disputa atravesado por múltiples actores.

En el campo de la salud, estas disputas se inscriben en un marco normativo más amplio, como lo muestra la *Carta de Bogotá para la Promoción de la Salud* (OPS 1992), que propuso integrar el desarrollo de la salud al ámbito del patrimonio cultural, aunque con aplicación limitada en las políticas urbanas locales. Siguiendo a Velho (2006) y Santos Gonçalves (2005), el patrimonio puede entenderse como un proceso social dinámico que media entre pasado y presente y participa en la construcción identitaria.

En este sentido, reconocer y preservar los espacios verdes intrahospitalarios constituye un acto de justicia cultural y sanitaria, que invita a pensar la salud como un fenómeno integral, inseparable de la memoria colectiva y de la vida comunitaria. Valorarlos como patrimonio cultural inmaterial de la salud supone ampliar las categorías tradicionales del patrimonio urbano y avanzar hacia una ciudad que no solo se contemple, sino que también se sienta, se habite y se cuide, atendiendo a la complejidad de la experiencia humana.

Buenos Aires: Gobierno de la Ciudad (Temas de Patrimonio Cultural; 21)

- UNESCO (2003) *Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial*. París 17 de octubre. Disponible en: <https://ich.unesco.org/doc/src/01852-ES.pdf> [Consulta: 20/03/2026]
- Velho, G. (2006) *Patrimonializacao, negociacao e conflito*. Mana, vol. 12, n.º 1. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-93132006000100009> [Consulta: 20/03/2026]

BIBLIOGRAFÍA

- Campari, G. (2014) *La emergencia del conflicto patrimonial y ambiental hospitalario en la Ciudad de Buenos Aires*. Disponible en: https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/55676/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1 [Consulta: 20/03/2026]
- Campari, G. (2018) *Paisajes sensibles. Subjetividades, salud y patrimonio en el espacio verde intrahospitalario*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Prometeo Libros
- DGP [Dirección General de Patrimonio] (2003) *Guía Patrimonio Cultural de Buenos Aires: Buenos aires patrimonio de todos*. Buenos Aires: Dirección General de Patrimonio, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
- García Canclini, N. (1999) Los usos sociales del Patrimonio Cultural. En: *Patrimonio Etnológico. Nuevas perspectivas de estudio*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Cultura. Instituto Andaluz del Patrimonio Histórico y Editorial Comares, pp. 16-33. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/organismos/iaph/servicios/publicaciones/detalle/78692.html> [Consulta: 02/06/2026]
- OPS [Organización Panamericana de la Salud] (1992) *Declaración de Bogotá*. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en América Latina. Santa Fe de Bogotá, Colombia, noviembre
- Condena de muerte al hospital (2008) *Página 12*, sábado 21 de junio de 2008. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-106424-2008-06-21.html> [Consulta: 20/03/2026]
- Prats, Ll. (1998) El concepto de patrimonio cultural. *Política y sociedad*, vol. 27, pp. 63-76
- Santos Gonçalves, J.R. (2005) Ressonancia, materialidade e subjetividade: as culturas como patrimonio. *Horizontes Antropólogos*, año 11, n.º 23, pp. 15-36
- Sipes, C. (comp.) (2008) *Patrimonio Cultural Hospitalario*.

El patrimonio cultural de la salud en perspectiva del derecho a la salud y la paz de Colombia y de América Latina

Giovanni Apráez Ippolito | Universidad Nacional de Colombia

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6118>



Mamá Blanca es una curandera indígena que actúa como enlace entre las comunidades nativas y la atención médica occidental en Bogotá (Colombia)
| foto Organización Panamericana de la Salud

El patrimonio cultural de la salud surge en América Latina, en Chile, hacia el año 2000, país que vivía un gran resurgimiento social e institucional fruto de la recuperación de su democracia luego de la dictadura iniciada en septiembre de 1973. En 2005, en una reunión bajo la coordinación de la Biblioteca Virtual en Salud de BIREME-Organización Panamericana de la Salud sobre

historia y patrimonio cultural de la salud, en Salvador de Bahía (Brasil), se definió como el “conjunto de bienes materiales y simbólicos socialmente construidos que expresan el proceso de la salud individual y colectiva en sus dimensiones científica, histórica y cultural” (Hevia Rivas 2006). El doctor Patricio Hevia Rivas fue su principal impulsor y quien planteó la necesidad de realizar un

esfuerzo de cooperación en Latinoamérica, basado en la experiencia de Chile, que contaba desde 2002 con una nueva dependencia en su Ministerio de Salud denominada Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud.

Patricio Hevia, personaje carismático perteneciente a la gran escuela de la salud pública chilena (Carvajal 2020), fue médico pediatra y salubrista. Durante el golpe militar de 1973 estuvo refugiado y al frente de la atención médica en la embajada de México, se exilió en ese país donde fue responsable de programas de salud comunitaria y, desde el año 1990, consultor en la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ejerciendo como representante en Ecuador, donde apoyó, entre otros, el desarrollo de las políticas de salud para los pueblos indígenas.

En los antecedentes del surgimiento del patrimonio cultural de la salud se destaca la denominada Carta de Bogotá para la promoción de la Salud, declaración de la Conferencia de Promoción de la Salud (9 al 12 noviembre de 1992) donde se hace explícito el promover en la región latinoamericana la importancia de avanzar en el desarrollo del patrimonio cultural y de la salud de manera articulada e institucional (Campari 2010). La principal gestora de esta reunión fue la doctora Helena Espinosa de Restrepo, la primera egresada de la Escuela Nacional de Salud Pública de Colombia en 1965 y referente internacional de promoción de la salud, liderando durante varios años la división de promoción de la salud de la OPS (Espinosa 2022).

Estos antecedentes nos permiten afirmar que, desde sus inicios, el patrimonio cultural de la salud en América Latina supuso un esfuerzo de cooperación para rescatar la historia de la salud, y se pensó como parte del patrimonio cultural, y quienes participan de manera pionera en su propuesta y construcción son también protagonistas de la salud pública de la región, como se aprecia de manera muy clara en el caso de Patricio Hevia y de Helena Espinosa Restrepo, pues en el patrimonio cultural de la salud sus historias de vida cobran un valor trascendental y con ellas muchas otras personas que deberían recuperarse como parte de este patrimonio.

La Unesco define el patrimonio cultural como “nuestro legado del pasado, con lo que vivimos hoy y lo que transmitimos a las generaciones futuras. Nuestro patrimonio cultural y natural son fuentes irremplazables de vida e inspiración.” La historia y el desarrollo del patrimonio cultural también está íntimamente relacionado con el patrimonio ambiental y el científico. Uno de los primeros ejemplos de este reconocimiento es el artículo 9.º de la constitución italiana promulgada en diciembre de 1947 en la que se afirma: “La República promueve el desarrollo de la cultura y la investigación científica y técnica. Salvaguarda el paisaje y el patrimonio histórico y artístico de la Nación” (Settis 2012). De esta manera, el patrimonio cultural, científico y ambiental es garantía de los derechos ciudadanos y por tanto de democracia; su garantía requiere que su propiedad sea colectiva y accesible a todos. De hecho ha sido Salvatore Settis, historiador del arte mundialmente reconocido, quien ha señalado que cuando la ciudadanía reivindica su derecho al trabajo, a la salud, a la educación y particularmente a la cultura está reivindicando los marcos constitucionales y de los derechos humanos, que son justamente más necesarios en situaciones de crisis o de reconstrucción hacia la paz. Esto es lo que sucede y se requiere en el caso colombiano para avanzar hacia el posconflicto y la paz, y por ello es fundamental plantear la recuperación y fortalecimiento del patrimonio cultural de la salud como parte de la garantía del derecho a la salud y a la paz de un país cuyo proceso de reconstrucción debe estar basado en la real garantía de los derechos ciudadanos tanto individuales como colectivos.

El patrimonio cultural de la salud es parte del patrimonio cultural pero tiene especificidades y particularidades para abordar su recuperación y fortalecimiento, pues incluye una amplia diversidad de aspectos vinculados con los servicios de salud y servicios sociales relacionados (políticas, estrategias, programas y experiencias sanitarias), y es aquí donde cobran gran valor las historias y las memorias de las instituciones, sus recursos materiales e inmateriales y de sus trabajadores. Se hace indispensable recuperar a personajes que desde los campos académicos, investigativos e institucionales forjaron la

salud pública, sentando las bases de los procesos de formación de las siguientes generaciones de trabajadores sanitarios y de académicos, creando una escuela colombiana y latinoamericana de salud pública que contó con la participación internacional. Finalmente, en esta amplia visión es fundamental y muy necesaria la recuperación de las experiencias y los patrimonios relacionados con movimientos y expresiones ciudadanas y comunitarias sobre la salud, especialmente en un país con una rica diversidad cultural y étnica (Menéndez 2018).

Para recuperar testimonios e historias de vida se deben utilizar todos los recursos que la investigación nos puede ofrecer, particularmente la historia oral, la historia del presente y muy especialmente el enfoque de los lugares de la memoria de especial relevancia –considerando sitios, ritos y personas (Nora 1998)– desde donde se puede desarrollar la recuperación y fortalecimiento del patrimonio cultural de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Campari, G. (2010) Reflexiones sobre el patrimonio cultural de la salud en Latinoamérica. *Civilizar. Ciencias Sociales y Humanas*, vol. 10, n.º 18, pp. 27-34
- Carvajal, Y. (2020) Patricio Hevia Rivas. *Cuadernos Médico Sociales*, vol. 60, n.º 1, p. 62
- Espinosa, H. (2022) *Fluye la vida: Memorias de Helena II. Sobre mi camino profesional*. Medellín: Taller Artes y Letras
- Hevia Rivas, P. (2006) Patrimonio Cultural de la Salud. *Anales Chilenos de la Historia de la Medicina*, año 16, vol. 1, pp. 97-101
- Menéndez E.L. (2018) Antropología médica en América Latina 1990-2015: una revisión estrictamente provisional. *Salud Colectiva*, vol. 14, n.º 3, pp. 461-481
- Nora, P. (1998) La aventura de Les Lieux de mémoire. *Revista Ayer*, n.º 32, febrero, pp. 17-26
- Settis, S. (2012) *Azione Popolare. Cittadini per il bene comune*. Torino: Einaudi

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

| coordina Gema Carrera Díaz

Los rituales vinculados a la medicina tradicional en África: bienes inmateriales y materiales. Su presencia en los museos

Oliva Cachafeiro Bernal | Museo de Arte Africano Arellano Alonso, Universidad de Valladolid

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6121>

La antropología de la salud se ha consolidado en las últimas décadas como una disciplina fundamental para conocer cómo interpretar al otro, la salud y la enfermedad. Centrándonos en el caso del continente africano, el objetivo es comprender el modo en que las comunidades locales entienden, experimentan y gestionan tanto la enfermedad como la atención a la misma. Y todo ello además en un entorno complejo en el que tradición y medicina se entrelazan constantemente.

Hay que partir del hecho de que, en las sociedades tradicionales africanas, la enfermedad no se interpreta

como un mero fenómeno biológico o físico, sino como un evento espiritual o social, en el que el sufrimiento/dolor constituirá un castigo o consecuencia de haber obrado mal. Puede ser el resultado de un delito, de la comisión de actos inmorales, de la ruptura de un tabú sagrado o de la desobediencia de las normas sociales. Por tanto, el enfermo sería el responsable de su propio malestar y sufriría un castigo por parte de los antepasados o dioses (que puede ir desde un simple dolor hasta la muerte), además sufrir el estigma social.

La salud supondría, pues, un estado de equilibrio, mientras que la enfermedad representaría la ruptura entre la persona enferma, la comunidad, los antepasados y el mundo espiritual. Y al tener su origen en una causa sobrenatural, el tratamiento conlleva no solo el uso de medicina tradicional (hierbas y fetiches), sino rituales a través de los cuales el enfermo debe arrepentirse de sus “pecados” y lograr el perdón de las divinidades/antepasados. Religión, moralidad y salud están pues interconectadas.

Lejos de ser algo anacrónico, existen muchas comunidades locales en las que estas prácticas siguen realizándose. En ocasiones, el restablecimiento del equilibrio y de la salud requiere la incorporación de la danza y del sonido. En estas ceremonias son protagonistas los “tambores de aflicción”, intermediarios entre los humanos y los ancestros. Conocidos en muchas regiones de África bantú como Ng’oma, su percusión se une al canto y al baile para sanar, principalmente a mujeres, de aflicciones relacionadas con la salud mental. Las mujeres Timbuka del norte de Malawi “bailan” así su enfermedad para curarse durante una ceremonia denominada Vizumba. La Unesco inscribió esta danza de curación en



Médico tradicional. Reino de Oku (Camerún), siglos XIX-XX | foto Oliva Cachafeiro Bernal

2008 en la Lista del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad.

Las mujeres son protagonistas también del Zaar, ritual de exorcismo y sanación, practicado en diversas zonas del norte de África, especialmente en Egipto. Durante los rituales se combinan música repetitiva, cantos, olores y movimientos corporales para alcanzar un estado de trance.

Por tanto, las prácticas de sanación tradicionales africanas ya son patrimonio inmaterial, pero también lo son material a través de su musealización. Y podemos encontrar dos ejemplos en el Museo de Arte Africano Arellano Alonso de la Universidad de Valladolid.

En la república de Camerún, coexisten diversos reinos tradicionales como los Bamún, los Bamileke o el reino de Oku. En zonas rurales especialmente, donde el acceso a la medicina convencional es difícil y costoso, los curanderos y chamanes continúan siendo fundamentales; e incluso el Ministerio de Sanidad los reconoce y otorga el correspondiente diploma que les autoriza para trabajar dentro de la legalidad. En la Sala de San Ambrosio del Museo se exhibe la representación de uno de estos médicos con la indumentaria tradicional. Junto a él se disponen sendas máscaras utilizadas por la sociedad secreta de los médicos tradicionales durante los rituales curativos, como la destinada a eliminar los males “de la cabeza” (tanto físicos como mentales), o la más poderosa de ellas, la “hechicera”, encargada de proteger y sanar a la familia real y, por extensión, a todo el pueblo.

Otro ejemplo es el de los Cham/Longuda, dos grupos étnicos distintos que se suelen estudiar conjuntamente debido a su proximidad geográfica y a sus similitudes culturales (Sala Renacimiento del citado Museo). Asentados en la zona del Alto Benué, al noreste de Nigeria, se reparten a ambos lados del río Gongola. Son reconocidos por su rica producción de cerámica ritual utilizada en rituales religiosos o curativos. Entre ellos, de nuevo, es fundamental la figura del médico tradicional. Cuando una persona está enferma se dirigirá



Máscaras de la sociedad secreta de los médicos tradicionales. Reino de Oku (Camerún), siglos XIX-XX | foto Oliva Cachafeiro Bernal

a este, quien consultará qué le ocurre al *chandu* (figura antropomorfa distinta en función del sexo del paciente). Él le revelará cuál es su mal, tras un ritual en el que el médico pasa sobre el paciente una pella de barro mezclada con hierbas medicinales. Con ella deberá dirigirse al alfarero, quien modelará otra terracota, el *itinate*, cuya forma variará en función de la dolencia. Se han identificado hasta 60 modelos diferentes, destinados a curar los dolores de cabeza, los vómitos de las embarazadas, los dolores de espalda, etc. Una vez que ha “absorbido” el mal y se ha logrado la sanación, la pieza no se destruye, sino que se deja abandonada en el bosque. La acumulación de terracotas ha permitido a los investigadores médicos concluir la existencia

de enfermedades endémicas o de pandemias en estas comunidades.

La consideración de estos rituales de sanación tradicionales africanos como bienes inmateriales es pues imprescindible, aunque no solo para su preservación, sino porque refuerzan el sentimiento de pertenencia a un grupo social y fortalecen la identidad comunitaria. Pero al mismo tiempo, hemos visto a través de los ejemplos citados cómo mediante un proceso de musealización adecuado también se pueden transmitir los mismos valores. Siempre desde el respeto, partiendo de los principios de descolonización, que ya están en marcha en muchos centros y países, y la contextualización adecuada de las piezas¹, los museos desempeñan una importante labor de preservación de la memoria, pero también de acercamiento de culturas.

NOTAS

1. Dentro de esta se incluirían no solo los materiales didácticos, sino la indicación expresa de cómo se han adquirido las piezas. E incluso sería deseable especificar el origen de las colecciones, anotando si se constituyeron a través de un enriquecimiento o de prácticas relacionadas con el comercio de esclavos.

BIBLIOGRAFÍA

- Cachafeiro Bernal, O. (2008) *Escultura africana en terracota y piedra. Colección Fundación Alberto Jiménez-Arellano Alonso*. Universidad de Valladolid. Valladolid: Fundación Alberto Jiménez-Arellano Alonso

¿Pluralismo médico o medicina plural?

Enrique Perdiguero-Gil | Instituto Interuniversitario López Piñero, UMH

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6126>

Como bien se indica en la presentación a este debate 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.

Mi objetivo en este breve texto es problematizar el concepto de pluralismo médico. Habitualmente se utiliza para indicar que, en cualquier comunidad, tanto del pasado como de la actualidad, los pacientes y sus cuidadores pueden recurrir a diferentes tipos de instancias en el marco del continuo salud/enfermedad/atención, incluso cuando estas ofrecen explicaciones mutuamente incompatibles sobre la enfermedad. Este concepto supuso que, en el ámbito de las sociedades sometidas a procesos de medicalización se descartase la consideración de la medicina popular (la folkmedicina) como un vestigio del pasado cuyas formas de cuidar, prevenir y sanar la enfermedad se entendían como “supervivencias”, rarezas desde el punto de vista biomédico, que había que recopilar antes de que desapareciesen. En estos estudios la medicina popular se descontextualizaba y se situaba en un ámbito que remitía a las esencias del pasado de un pueblo.

Este esquema teórico no permitía comprender la complejidad del comportamiento ante la enfermedad en el seno del contexto histórico, político, económico y cultural de cada grupo humano.

El planteamiento teórico que se propuso para entender el comportamiento frente a la enfermedad tanto a nivel histórico como en la actualidad fue el del “pluralismo médico”. Esta denominación presenta problemas pues remite a lo “médico”, un adjetivo que conduce a

aquello de lo que se pretende huir: la centralidad de la biomedicina. Por ello, en ocasiones, se habla “pluralismo asistencial” o “pluralismo terapéutico”, denominaciones que pretenden evitar que el análisis se limite a las prácticas e ideas de los profesionales de la medicina académica. Opino que son opciones insuficientes. También se ha propuesto abandonar el término “pluralismo”, pues está ligado a concepciones políticas y económicas liberales que difícilmente pueden extenderse en el tiempo y en el espacio. Prefiero hablar de “medicina plural”, dado que las formas de afrontar la enfermedad son intrínsecamente plurales. En ningún momento histórico se ha recurrido tan solo a una forma de entender y afrontar la enfermedad, por mucho que hubo y hay instancias dominantes, especialmente en el caso de sociedades fuertemente medicalizadas. No obstante, hay que tener en cuenta que los procesos de medicalización son dinámicos: que generan prácticas que pueden pasar a ser “tradicionales” (por ejemplo, algunas formas de automedicación) y, además, existen procesos de desmedicalización.

Las primeras formulaciones del concepto de pluralismo médico se deben a los estudios sobre las medicinas asiáticas que realizó, a finales de los años setenta del siglo XX, el antropólogo Charles Leslie. Pretendía incluir todas las opciones terapéuticas al alcance del enfermo, sin dar preponderancia a ninguna de ellas. Resolvía así el problema de establecer dicotomías entre lo que llamó “medicina cosmopolita” y otras medicinas vigentes en el continente asiático, dado que esta contraposición no servía para explicar por qué y cómo se decidía usar una u otras.

Un modelo que ha tenido gran éxito es el de Arthur Kleinman, quien propuso en 1980 agrupar en tres gran-



Mural chamán (Colombia, 2013). Autor: Steep | foto Minga de Muralistas de los Pueblos (Yampol)

des sectores asistenciales todo lo que se hace frente a la enfermedad: el ámbito doméstico, el popular (en el que quedaría englobada lo que en su día se llamó folk-medicina) y el profesional (la biomedicina en muchos contextos). El dominante sería el doméstico en el que el individuo está inmerso en una serie de relaciones sociales que le conectan con lo familia y la comunidad. En este contexto, guiadas por creencias, en ocasiones, apropiaciones y resignificaciones de prácticas biomédicas, se llevan a cabo decisiones, elecciones, relaciones, interacciones y se asumen roles que gobiernan el uso de la medicina plural.

También se han propuesto modelos en los que el uso de unas u otras maneras de afrontar la enfermedad se ha conceptualizado en términos de mercado. Serían sus reglas, las que regulan, moldean y estructuran la oferta sanitaria. Ha sido criticado por ser demasiado economicista, sin considerar suficientemente las relaciones de poder.

La antropología africanista francesa desarrolló a mediados de los años ochenta del siglo XX el concepto de “itinerario terapéutico”. Se propone considerar todos los procesos que llevan a recurrir a distintas opciones terapéuticas, analizando tanto la definición del problema de salud que quiere resolverse, como los pasos dados para solucionarlo. Este modelo, y otros similares, permite analizar no solo percepciones y decisiones individuales de la persona que se considera enferma, sino también el papel de todos los individuos involucrados, así como la comunicación entre las personas implicadas, como elemento clave que promueve los diferentes tránsitos entre las diversas instancias. Esta herramienta analítica permite entender que no siempre hay jerarquías en el uso de los recursos frente a la enfermedad.

La importancia del “espacio” es otra de las claves interpretativas de interés para el estudio de la medicina plural. Si los itinerarios terapéuticos se estructuran en espacios de cuidado y atención, resulta posible aproximarse a las

dinámicas y categorías de los procesos de curación y prevención de la enfermedad. El estudio del papel de las mujeres en los diferentes espacios es capital.

A pesar de todos estos modelos manejados en el ámbito de estudio del denominado pluralismo médico la comprensión de la complejidad de las actuaciones que llevó y lleva la población frente a la enfermedad sigue resultando esquiva. El estudio del pluralismo médico ha sido criticado por considerar un concepto de cultura excesivamente simplista; por estudiar los procesos asistenciales, sobre todo, desde la perspectiva del profesional, más que desde la del paciente; por plantear una visión demasiado conductista de las actuaciones para recuperar la salud; por generar una falsa conciencia de que los individuos tienen posibilidades ilimitadas de elección entre todas las alternativas asistenciales; por subestimar la importancia de las cuestiones económicas y estructurales; por no prestar suficiente atención a cuestiones de poder, autoridad y política, o por utilizar nociones ingenuas de ellas; y por reproducir implícitamente un concepto de biomedicina monolítico, sin prestar atención a los diferentes saberes y prácticas que la constituyen.

No resulta fácil, por tanto, responder a la cuestión que se plantea en este debate. Hay que ser consciente de que el andamiaje teórico que hasta ahora se ha propuesto para entender la medicina plural no ha sido capaz de aprehender toda su complejidad. Se debe ser consciente de estas limitaciones cuando se trata de plantear los estudios patrimoniales.

BIBLIOGRAFÍA

- Ernst, W. (2013) Medical Plurality, Medical Pluralism and Plural Medicine. A critical reappraisal of recent scholarship. En: Jütte, R. (ed.) *Medical Pluralism: Past-Present-Future*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, pp. 11-14
- Hsu, E. (2008) Medical Pluralism. En: Heggenhougen, H.K. y Stella, Q, (ed.) *International Encyclopedia of Public Health*. Amsterdam: Elsevier. 2 ed. vol. 5, pp. 316-321
- Khalikova, V. (2021) Medical pluralism. En: Stein, F. (ed.) *The Open Encyclopedia of Anthropology*. Disponible en: <http://doi.org/10.29164/21medplural> [Consulta: 16/04/2026]

doi.org/10.29164/21medplural [Consulta: 16/04/2026]

- Kleinman, A. (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press
- Leslie, C. (1980) Medical pluralism in world perspective. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, vol. 14, n.º 4, pp. 191-195. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(80\)90044-7](https://doi.org/10.1016/0160-7987(80)90044-7) [Consulta: 16/04/2026]
- Perdiguero Gil, E. (2006) Una reflexión sobre el pluralismo médico. En: Fernández Juárez, G. (ed.) *Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural*. Cuenca; Quito: Universidad de Castilla-La Mancha; Abya-Yala, pp. 33-50
- Sindzingre, N.A. (1983) L'interprétation de l'infortune: un itinéraire Senufo (Côte d'Ivoire). *Sciences sociales et santé*, vol. 1, n.º 3, pp. 7-36

Reflejos materiales de un patrimonio inmaterial: musealizando los saberes tradicionales en salud

Manuel Amezcua | Dpto. de Historia de la Ciencia, Universidad de Granada

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6127>

La idea de reivindicar los saberes tradicionales y populares sobre la salud como patrimonio cultural inmaterial no deja de ser un acto de justicia hacia un acervo que ha garantizado la supervivencia de la especie humana. Y aún lo hace en sociedades poco evolucionadas o en vías de desarrollo. O en contextos culturales donde la medicina occidental tiene limitada presencia. ¿Es posible, por tanto, hablar de patrimonio referido a unos saberes que tradicionalmente han sido combatidos por la ciencia? Desde que existe la imprenta, aparecen publicados compilatorios que bajo la forma de tratados de “medicina de pobres” han recopilado saberes domésticos, o vulgarizados conocimientos médicos para hacerlos accesibles a la población (Amezcua 2001). En diferentes textos emanados de las enfermerías hospitalarias en el Antiguo Régimen es habitual que se aporten remedios sustentados en saberes ancestrales para utilizar “en ausencia de médicos”, una categoría que con frecuencia tenía un valor permanente, especialmente en áreas de expansión colonial donde las instituciones médicas tardarían muchos años en llegar (Amezcua 2019).

La especialización en el uso de estos saberes tradicionales dio lugar a formas heterodoxas de practicar las artes de la sanación, como puede ser el caso de los saludadores o los anudadores, en lo antiguo, o de los yerberos y otras formas de curanderismo contemporáneo. Pero también ha existido una constante transferencia entre estas habilidades cuidadoras hacia la medicina académica, de manera que algunas de ellas terminaron adoptando perfiles socialmente reconocibles en nuestro tiempo. Este es el caso de las matronas (antiguas parteras o comadres), así como de otras titulaciones sanitarias que en su evolución profesional incorporaron, como competencias propias, diferentes artes terapéuticas his-

tóricamente desempañadas por gente del pueblo llano (sacar muelas, sangrías, masajes, preparaciones con hierbas, etc.).

La defensa del valor cultural de los saberes tradicionales sobre la salud ha de superar el martillo de los nuevos inquisidores de las llamadas pseudociencias. Desde la Fundación Index se viene trabajando en la recuperación y revitalización de los saberes y habilidades cuidadoras en la familia, involucrando especialmente a las mujeres rurales, principales depositarias de este legado. La exposición *Savias: cuidando la salud en familia* (2004) fue el detonante de un ambicioso proyecto que, dos años después, se materializa en la creación de la Casa-museo de la medicina popular, ubicado en instalaciones anexas a la Casa de Mágina, sede de la Fundación Index dedicada a realizar actividades académicas y culturales en el entorno del Parque Natural de Sierra Mágina (Jaén). Se trata de una iniciativa singular (no conocemos otra similar en nuestro país) que persigue recuperar los objetos materiales asociados al ejercicio del cuidado doméstico y tradicional. También afianza el valor antropológico de esta área de conocimiento, convirtiéndose en el laboratorio que facilita la actividad investigadora del proyecto *Savias*.

La utilización del formato de casa-museo propicia la contemplación de los fondos en el contexto en que fueron utilizados, potenciando así su función didáctica. El receptáculo es una antigua vivienda situada en el casco antiguo de Cabra del Santo Cristo (Jaén) colindante con los muros de la que fue su primera iglesia parroquial, hoy desaparecida. La casa ha sido objeto de una respetuosa restauración en el último año, mientras que los fondos proceden en su mayor parte de las colecciones atesoradas durante años en la propia Casa de Mágina, com-

plementándose con diversas donaciones realizadas por personas sensibles a la iniciativa. Entre ellos se encuentran objetos domésticos necesarios para la preparación de remedios, muestrarios de productos, técnicas productivas y otros muchos objetos relacionados con la ambientación de las salas en función de su temática.

Las dependencias en que se distribuye la casa-museo siguen un orden lógico, que abarca desde los elementos de la naturaleza (agua, aire, fuego y tierra) y sus propiedades reflejadas en técnicas y procesos de cuidado (sala 1), hasta los sistemas curativos en los tiempos fundacionales de la localidad (sala 2), pasando por la exposición de los cuidados asociados al mundo cotidiano (sala 3) y destinando un espacio concreto a los sistemas de creencias relacionados con la sanación (sala 4). La última sala se dedica específicamente a explorar los procesos de transferencia de los saberes tradicionales hacia la profesionalización de la medicina (sala 5). Las instalaciones se complementan con un salón de usos múltiples (aula y exposiciones temporales), un laboratorio para talleres de recuperación de saberes y un huerto de plantas medicinales.

El diseño de la casa-museo cuenta con un equipo asesor compuesto por profesorado universitario de áreas afines (medicina, enfermería, historia y antropología), por profesionales de la arquitectura y la restauración, además de expertos en museos. Su labor tiene un carácter consultivo, velando por un enfoque racional de los contenidos, la selección de los mismos y muy especialmente la validación científica de los remedios tradicionales que son recuperados y destinados a su divulgación. También prestarán asesoramiento a las actividades y publicaciones que se deriven de la actividad investigadora asociada a la casa-museo.

Es precisamente la función investigadora y divulgadora la que pretende hacer de la Casa-museo de la medicina popular una institución viva y dinámica, y en este deseo cabe mencionarse las instituciones que se han comprometido con el apoyo a su funcionamiento: Asociación de mujeres Sierra Cruzada, Asociación cultural Cerdá



Casa-museo de la medicina popular en Cabra del Santo Cristo (Jaén) | fotos Manuel Amezcua

y Rico, Asociación para el desarrollo rural de Sierra Mágina, Colectivo de investigación de Sierra Mágina y Ayuntamiento de Cabra del Santo Cristo. Se prevé su apertura el día 12 de junio de 2026, coincidiendo con el inicio de los VIII cursos de verano de la Casa de Mágina y su acceso se realizará como parte del programa de visitas guiadas desde la oficina de turismo de la localidad.

Respondiendo a este debate sobre la pertinencia y condiciones en que se ha de gestionar el acervo de saberes populares y tradicionales sobre la salud en una sociedad compleja como la que vivimos (Herrera Justicia 2021), nuestra propuesta a través de la iniciativa de la Casa-museo de la medicina popular es reafirmar el valor etnográfico de este patrimonio inmaterial. Pero no solo eso, también mostrar que es posible reactivar estos saberes pasándolos por el tamiz de la ciencia para, en un diálogo productivo y constante, contribuir al logro de ciudadanos más cultos y autónomos.

BIBLIOGRAFÍA

- Amezcua, M. (2001) Medicina popular y curanderismo. En: Rodríguez Becerra, S. (ed.) *Proyecto Andalucía: Antropología*. Sevilla: Publicaciones Comunitarias, pp: 349-384 (vol. 6. Religión)
- Amezcua, M. (2019) *Cuidados y Sociedad en la España Moderna. Materiales para la historia de la enfermería en los siglos XVI-XVII*. Granada: Fundación Index (Pro-Tesis; 2)
- Herrera Justicia, S. (2021) Domus, el espacio renovado de intercambio de saberes y cuidado en las familias. *Index de Enfermería*, vol. 30, n.º 1-2, pp. 3-5. Disponible en: <https://ciberindex.com/c/ie/e133011> [Consulta: 12/04/2026]

Las mujeres de la selva que aprendieron a parir con los ratones y con Ikiama Nukuri frente a la ausencia del Estado

Tania Macera Torres | Historiadora

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6129>

“Antiguamente el hombre casaba con una mujer y ahí las mujeres eran mujer pero sin senos, y mujeres embarazaban. Y los hombres eran hombres, pero tenían senos. Hombres tenían senos pero no se embarazaban. Entonces, las mujeres cuando dan parto tienen dolor. El hombre, el marido, tiene que operar con un cuchillo. Esa mujer ya quedaba muerta, no tenía salvación. Le sacaban el bebé y el hombre lava y corta su cordoncito. Como él tenía senos, le daba su seno y le hacía crecer. El hombre quedaba en la cama con el bebé, dando su seno, criaba a su hijo.

Ellos no sabían cómo podía dar parto una mujer, no sabían y muchas habían muerto. Pero ese día, esa mujer cuando va a dar parto va a la huerta, porque tenía una huerta grande sembrado maní, ella fue a visitar su huerta y pensando: voy a morir. Ha estado llorando. ‘Tanto que he dejado sembrando, que he trabajado y no voy a comer. He sufrido’. Entonces, vienen los ratoncitos. Antiguamente los ratones eran como personas, tenían muchos hijos y venían cargando changuinas¹, unas bien gorditas, unas más grandes, otras más chiquititas. Entonces dicen: ‘¿Qué pasa esa señora que está llorando?’ Se asoman y le dicen: ‘¿por qué andas llorando?’. La señora dice: ‘Estoy llorando porque este día me coge dolor, mi esposo me va a matar y va a sacar a mi hijo. No voy a comer esto que he sembrado’.

Y ratón dice: ‘¿Qué pasa, por qué vas a morir, por qué te van matar? ¡Mira, yo cuántos hijos tengo! Siendo así chiquitita he tenido parto. Yo te voy enseñar cómo tiene que dar parto’. Así le ha dicho ese ratoncito. ‘¡Ya, enséñame! –dice la señora– ayúdame’. Ese ratón dice: ‘No te preocupes, nosotros te vamos a enseñar cómo tienes que dar parto en la misma huerta’.

Cuando cogió dolor, ellos sacaron hojitas y estaban ahí para hacerle dar parto. El marido quedó en la casa rajando leña, porque al sacar al bebé tiene que acostar en la cama.

Empieza el dolor. Los ratoncitos le cogían por acá, otros le cogían por acá [señala la espalda, vientre, brazos], bastante le ayudaban y ya le hicieron dar parto. Nació el niño y la mamá con bebé amarcado se va a la casa. El marido le ve y pregunta: ‘¿Cómo diste así parto?’. ‘Los ratoncitos me enseñaron dar parto’ dice ella. Ahí el marido botó el hacha, se enojó. Y como el marido tenía su seno, enojado se coge así, duro y se arrancó y pin, le botó en pleno pecho, pin, le puso el seno, otro seno también pin, se arrancó y pin, le puso. La mujer quedó con el seno.

Antiguamente los mitos que nuestros ancestros contaban, hasta ahora se cuenta, pero mucha gente no sabe. Así como los ratoncitos que nos enseñaron, así damos parto normal”

(Relato del mito shuar/achuar del parto²).

Ikiama Nukuri, “mujeres defensoras del bosque” en lengua achuar, es un programa de salud intercultural que nació en 2006 para aportar soluciones a los problemas de morbimortalidad materna e infantil dentro del territorio Achuar y Shuar en la Amazonía ecuatoriana. En 2013 inician procesos de capacitación y formación de mujeres de estas nacionalidades para ser promotoras de salud en sus territorios.

En 2017, coincidimos con Narcisa Mashienta, de nacionalidad shuar en la comunidad achuar Wampuik. Ella es una de las fundadoras de Ikiama Nukuri, y yo entraba como consultora de la Organización Panamericana de la Salud que, en articulación con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, me facilitaba el acceso al territorio achuar, la aceptación por parte de sus líderes y por tanto de sus habitantes a ser vista caminando entre sus casas y sus huertas y a acercarme a hombres y mujeres para conversar y observar su cotidiano.

Quienes hemos trabajado con las nacionalidades shuar y achuar, coincidimos en que ingresar a estos territorios a través de programas vinculados a salud y educación tiene sus ventajas.

La confianza en nacionalidades amazónicas reconocidas y posicionadas como “sociedades guerreras” no es un bien menor. La apertura de sus líderes a las instituciones públicas es parte de su trabajo de gestión y que permite también justificar casa adentro el sentido de sus liderazgos. La interacción con el estado no ha sido una relación de iguales, ha estado marcada por rupturas, desacuerdos y no cumplimiento de compromisos por parte de los gobiernos de turno. Por lo que ingresar no es sinónimo de aceptación. Afirmar que esta se genera en el día a día no es del todo real y la línea que puede romper un permiso es muy delgada. Este proceso de

investigación de salud materno infantil tuvo por fortuna contar con el trabajo de una de las médicas rurales practicante, la obstetra Yadira Fuentes, cuya trayectoria en la comunidad fue clave para acceder a espacios familiares.

Yadira articulaba su trabajo con Yapan Tsere y Pitruna Tii Nantip, dos mujeres achuar que son parte de Ikiama Nukuri; ellas conversaban que la figura de partera o comadrona no existía en su nacionalidad, tampoco existe una palabra en su lengua que se traduzca como tal. El acompañamiento durante el parto y el posparto lo realizaban quienes estuvieran junto a la mujer que empezaba con dolores y esto incluía a los hombres si estaban presentes. Los partos suceden con frecuencia en las huertas y quienes tienen acceso a ellas son usualmente sus compañeros (pareja/marido), una hermana, una hija o la madre. Yapan y Pitruna son portadoras de una serie



Yapan Tsere y sus hijos preparan el fuego para ahumar carne (Wampuik-Morona Santiago, 2017) | foto Tania Macera Torres, autora de todas las imágenes de la contribución

de prácticas y saberes propios alrededor del embarazo, parto y posparto, asisten a los procesos de capacitación y formación de Ikiama Nukuri como sujetos activos. Lideran y deciden, asisten, aconsejan y acompañan durante sus visitas a mujeres embarazadas. Decidieron ser parte de Ikiama Nukuri porque este programa retribuye económicamente su participación y dedicación en la asistencia a mujeres embarazadas.

Los conocimientos y saberes achuar sobre el embarazo, parto y posparto no han sido registrados desde la perspectiva de patrimonio cultural inmaterial. La totalidad de su población ha nacido en las huertas, en sus chozas y en sus territorios hasta avanzados los años 70 del siglo XX, y, eventualmente, en un subcentro de salud sostenido por misioneros en las siguientes tres décadas en las que también el estado creó algún puesto de salud.

El modelo que el estado ecuatoriano pretendió implementar entre 2007 y 2017 tuvo algún avance y en los últimos ocho años el país parece enterarse de la existencia de la nacionalidad achuar porque ocupan los titulares en medios de comunicación y redes sociales, en los que se tornan virales las noticias de muerte de niñas y niños achuar por problemas respiratorios que resultan ser muertes prevenibles.

La ausencia del estado ecuatoriano en diversos territorios del país denominados de difícil acceso ha sido constante, la respuesta a atender las demandas justas de pueblos y nacionalidades no ha sido puntual y tampoco asertiva.

Entre 2012-2014, el Ministerio de Salud tuvo la oportunidad histórica de diseñar un modelo de gestión inclusivo con portadoras y portadores de conocimientos ancestrales. Se realizaron encuentros en cada provincia que no pasaron de ser bellas portadas para informes institucionales. Infelizmente el debate se redujo a que este proceso empujaría a la población indígena a ser parte del capitalismo. Una excusa moralista para no exponer que no solo no estaban dispuestos a otorgar derechos laborales a portadoras y portadores, sino que no estaban dis-



Pitruna Tii Nantip, Ikiama Nukuri en la comunidad achuar Wampuik (Amazónia ecuatoriana)



Yapan Tsere, Ikiama Nukuri en la comunidad achuar Wampuik

puestos a renunciar al espacio de poder que representa la biomedicina, evidenciando el prejuicio y menosprecio por prácticas basadas en el conocimiento ancestral.

Cuánto me gustaría reflexionar y aportar sobre la cuestión que este debate plantea: “¿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?”



Yapan y Pitruna atienden a madres y a hijos en Wampuik (2017)



Visitas de Yapan y Pitruna a embarazadas en Wampuik (2017)

Una acción patrimonial será posible cuando el estado asuma su obligación de generar y promover un modelo de salud pública eficiente, en apego al artículo primero de su Carta Constitucional que reza: “El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada. La soberanía radica en el pueblo, cuya voluntad es el fundamento de la autoridad, y se ejerce a través de los órganos del poder público y de las formas de participación directa previstas en la Constitución. Los recursos naturales no renovables del territorio del Estado pertenecen a su patrimonio inalienable, irrenunciable e imprescriptible” (Asamblea Constituyente 2008).

Los saberes y conocimientos tradicionales y ancestrales referentes al parto son el mecanismo más sólido para garantizar el acompañamiento a mujeres que maternan en territorios como el de la nacionalidad achuar. Los ratones del mito shuar/achuar del parto e Ikiama Nukuri, menos mal, están presentes en territorios donde el estado es el gran ausente.

Con este texto, narro una experiencia de investigación de antropología de la salud para explicar por qué las posibilidades de abordar el patrimonio cultural inmate-

rial se reduce en territorios indígenas amazónicos en Ecuador ante la incapacidad del Estado de implementar un sistema de salud eficiente. Sin embargo, es a través de ese mismo sistema de salud que investigadores sociales accedemos a contextos, prácticas, saberes y conocimientos ancestrales a los que investigadores de patrimonio no accederían porque las nacionalidades amazónicas son claras en sus demandas vitales.

NOTAS

1. Cestas tejidas con fibras naturales.
2. Narradora: señora Amalia Shiki, Tuutinentsa. Registro: Tania Macera para el Programa Binacional de Salud Intercultural Ecuador (Perú), financiado por la Organización Panamericana de la Salud (2017).

BIBLIOGRAFÍA

- Asamblea Constituyente (2008) *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial n.º 449, de 20 de octubre de 2008

El *täbotü* y la salud como patrimonio: palabra, relación y cuidado en contextos amazónicos

Vivian P. Rosado Cárdenas | Dpto. Prehistoria, Arqueología, Antropología Social y Ciencias y Técnicas Historiográficas, Universidad de Valladolid

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6128>

Tradicionalmente, los debates sobre patrimonio cultural inmaterial (PCI) en el ámbito de la salud suelen centrarse en la identificación de prácticas terapéuticas, como sistemas médicos tradicionales, repertorios botánicos o rituales de curación (WHO 2013). Sin embargo, esta delimitación resulta insuficiente en contextos donde la salud se configura como un proyecto moral que articula cuerpo, relaciones sociales y territorio (Rosado 2022). Al respecto, el *täbotü* (consejo) entre las comunidades *üwo-tjüja-piaroa* del noroeste amazónico permite reflexionar sobre qué se patrimonializa cuando se habla de salud.

Para estas poblaciones, la enfermedad (*märichei*) no se concibe como un evento aislado, sino como la manifestación de una ruptura en la trama relacional que sostiene el tejido social, vinculado al *ukuo*, principio que articula respeto, convivencia y relación. La salud se define, así, como la capacidad de sostener vínculos equilibrados con otros seres humanos, el entorno y las entidades espirituales. Como en otras sociedades amazónicas, la experiencia de la enfermedad es inseparable de los marcos narrativos y relacionales que le otorgan sentido (Langdon 2001; Lenaerts 2006).

En este marco, el *täbotü* ocupa un lugar central. El consejo transmitido por las ancianas sabedoras constituye un proceso de formación moral y corporal a lo largo del ciclo vital. Desde la pubertad, pasando por el embarazo y el parto, los miembros de la colectividad reciben orientaciones sobre alimentación, manejo de emociones, relaciones sociales y vínculos con animales, plantas y espacios del territorio. Estas orientaciones no son normas abstractas, sino saberes situados que deben practicarse cotidianamente, en coherencia con un modelo de

sociabilidad basado en la convivencia y la agencia moral (Overing y Passes 2000).

El carácter central del *täbotü* en la producción de la salud permite cuestionar la tendencia a identificar como patrimonio únicamente aquellas prácticas que intervienen directamente sobre la enfermedad. En este caso, la prevención se sustenta en el mantenimiento de relaciones equilibradas. La regulación de la ira, el control del pensamiento, el cumplimiento de restricciones alimenticias o la adecuada realización de tareas como el cultivo del conuco o chagra amazónica forman parte de un entramado continuo de cuidado orientado a garantizar la buena vida (*aķuaŗuwa adiwa*). Se trata de saberes que



La Ñua, un enteógeno del pueblo piaroa de la Amazonía | foto María Gabriela Yejo

articulan dimensiones técnicas, estéticas y morales de la vida cotidiana.

Más que acciones terapéuticas, se trata de un entramado de saberes, relaciones y dinámicas de atención que producen la salud. Este enfoque permite ampliar la noción de PCI al incorporar dimensiones menos reconocidas, pero fundamentales para el bienestar colectivo (Honda et ál. 2026), desplazando la atención de objetos discretos hacia procesos socioculturales generadores de sentidos, identidades y formas de vida (Smith 2006).

Asimismo, la transmisión del *tābotū* implica interpretación, adaptación y actualización constantes. Los consejos integran relatos míticos, experiencias personales y situaciones contemporáneas, ajustándose a los desafíos generacionales. Por ello, el patrimonio no remite a un conjunto de contenidos estables, sino a una práctica performativa inscrita en relaciones de poder y legitimidad.

Este carácter dinámico adquiere relevancia en contextos de pluralismo asistencial. Las comunidades *uywojtjūja-piaroa* no están al margen de la biomedicina, sino que interactúan con ella en distintos niveles, configurando una articulación pragmática entre modelos de atención (Menéndez 2003). Mientras la biomedicina hegemónica interviene principalmente sobre el cuerpo enfermo, el *tābotū* continúa estructurando disposiciones para vivir en comunidad, controlar emociones y evitar conductas consideradas peligrosas, sin reemplazar la lógica relacional que sustenta qué significa estar sano (Redvers et ál. 2025).

En este entramado, el PCI adquiere un carácter estratégico. El fortalecimiento del *tābotū* se vincula a su reconocimiento como forma de educación propia y como recurso de interlocución institucional, posicionando a las ancianas sabedoras como figuras clave en la transmisión y legitimación del conocimiento. El patrimonio opera así como una herramienta política que permite afirmar identidades, negociar reconocimiento y sostener formas de vida en contextos de intervención estatal y expansión de modelos hegemónicos sobre la salud (Stimac 2022).



Churuata *uywojtjūja-piaroa* (vivienda comunitaria tradicional) en la Selva de Matavén (Colombia, 2010) | foto Vivian P. Rosado Cárdenas, con consentimiento de la comunidad

Este proceso no implica un retorno a formas de vida pasadas, sino el reconocimiento de prácticas que articulan continuidad cultural y acceso a derechos, en coherencia con el concepto de patrimonio vivo (UNESCO 2019).

Las mujeres son centrales en este proceso. A través de pedagogías informales, transmiten el *tābotū* en momentos clave del ciclo vital, encarnan el modelo moral mediante su experiencia y promueven la revitalización del consejo en las comunidades. Su autoridad se sustenta en el reconocimiento social de su trayectoria y en su capacidad para articular conocimiento, cuidado y convivencia. De este modo, el patrimonio se materializa como expresión cotidiana y como horizonte de futuro.

Sin embargo, la patrimonialización de la salud plantea un desafío: cómo reconocer y visibilizar estos sistemas sin reducirlos a categorías externas que fragmenten su significado. El *tābotū* ejemplifica que lo que está

en juego no son únicamente prácticas identificables (inventariables), sino formas de producir vida, relaciones y sujetos.

Así, además de preguntarse qué prácticas deben considerarse PCI en salud, es necesario reflexionar sobre los procesos mediante los cuales se configuran los mundos en los que la salud se produce. En un contexto donde los conocimientos tradicionales son objeto de disputa y de gobernanza global (Candelise y Bindi 2026), la cuestión remite a condiciones históricas y políticas más amplias. En el caso *uywojjuja-piaroa*, la salud se sostiene en la palabra, la relación y la práctica cotidiana del consejo, pero su continuidad depende del acceso al territorio, del reconocimiento de derechos colectivos y de la autodeterminación.

BIBLIOGRAFÍA

- Candelise, L. y Bindi, S. (2026) *Intangible cultural heritage and traditional medical knowledge. Safeguarding healing and medical practices in a globalized world*. Londres: Routledge
- Honda, Y., Kohno, A., Habu, H., Honda, S., Noguchi, T., Koga, C., Hiramatsu, M., Okuzono, S. S., Sakurai, Hiroko., Ohsuga, M., Lunar, F.R., Tun, T., Luo, Y., y Kondo, N. (2026) Traditional arts and events for mental and social well-being: A scoping review framed by intangible cultural heritage. *The Lancet Regional Health—Western Pacific*, vol. 67, 101789. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2025.101789> [Consulta: 04/04/2026]
- Langdon, E. (2001) A doença como experiência: O papel da narrativa na construção sociocultural da doença. *Etnográfica*, vol. 2, n.º 5, pp. 241-260. Disponible en: <https://journals.openedition.org/etnografica/2813> [Consulta: 15/05/2026]
- Lenaerts, M. (2006) Substances, relationships and the omnipresence of the body: an overview of Ashéninka ethnomedicine (Western Amazonia). *Ethnobiology Ethnomedicine*, vol. 2, n.º 49. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1746-4269-2-49> [Consulta: 18/06/2022]
- Menéndez, E. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, n.º 1, pp. 185-207. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014> [Consulta: 04/04/2026]
- Overing, J. y Passes, A. (2000) Introduction: Conviviality and the opening up of Amazonian anthropology. En: Overing, J. y Passes, A. *The anthropology of love and anger: the aesthetics of conviviality in native Amazonia*. Londres: Routledge, pp. 1-30
- Redvers, N., Menzel, K., Carroll, D., Zavaleta, C., Kokunda, S., Kobei, D.M. y Rojas, J.N. (2025) Indigenous rights, health and traditional medicine systems. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 103, n.º 11, pp. 722-729. Disponible en: <https://doi.org/10.2471/BLT.24.292882> [Consulta: 04/04/2026]
- Rosado, V. (2022) Palabras dulces para la buena vida. Transmisión del consejo como patrimonio vivo entre las mujeres *uywojjuja*. En: Pena Castro, M. *Patrimonios vivos: música, performatividad y representación*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca, pp. 145-158
- Smith, L. (2006) *Uses of Heritage*. Londres: Routledge
- Stimac, Z. (2022) Indigenous Peoples through the Lens of UNESCO. *Religions*, vol. 13, n.º 10, p. 957. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/rel13100957> [Consulta: 04/04/2026]
- UNESCO [Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura] (2019) *Patrimonio vivo y pueblos indígenas. Convención para la salvaguardia del patrimonio cultural inmaterial*. Disponible en: <https://ich.unesco.org/doc/src/Brochure-indigenous-people-201904-ES.pdf> [Consulta: 01/03/2026]
- WHO [World Health Organization] (2013) *WHO traditional medicine strategy 2014-2023*. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506096> [Consulta: 01/03/2026]

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

| coordina Gema Carrera Díaz

Patrimonio inmaterial, bienestar social y universidad: una alianza basada en proyectos con enfoque participativo

María Luisa Vázquez de Ágredos Pascual, Ester Alba Pagán | Dpto. Historia del Arte, Universitat de València

Ana Bonmatí Alcántara | Servei de Cultura Universitaria, Universitat de València

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6138>

Salud, desempeño ocupacional y bienestar comunitario: el papel del patrimonio y la cultura

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud: la salud es mucho más que la ausencia de enfermedad, pues guarda relación con un estado de completo bienestar físico, mental y social en cualquiera de las etapas vitales de un ser humano. A ello contribuye la ocupación humana con sentido y significado, lo que está estrechamente vinculado con la ciencia y disciplina de la Terapia Ocupacional, un grado universitario poco conocido en nuestro país, a pesar de su amplia expansión en Europa y América Latina. A partir de ambas definiciones, en el mundo actual es posible detectar múltiples y variadas situaciones de exclusión y de privación total o parcial de libertad que afectan a un creciente número de colectivos sociales: personas con discapacidad, familias con muy bajos recursos, mujeres víctimas de violencia de género o personas mayores en situación de vulnerabilidad, entre otros muchos, como comunidades desplazadas o refugiadas a consecuencia de los conflictos armados, el cambio climático y las crisis humanitarias del siglo XXI.

Estas evidencias nos obligan a preguntarnos por el papel que cumplen las universidades para promover buenas prácticas educativas y transformadoras, capaces de contribuir a modelos de calidad de vida que sean funcionales, sostenibles e integradores. El patrimonio y la cultura universitaria tienen una importancia capital cuando se trata de generar espacios de aprendizaje, disfrute, convivencia y socialización muy favorables para la salud.

Lugares como el Centre Cultural La Nau de la Universitat de València, declarado Sello de Patrimonio Cultural



Actividades culturales con enfoque participativo impulsadas desde La Nau Social en los últimos años. A través de la música o la danza, el patrimonio inmaterial se hace presente, comunicando e integrando colectivamente a todos los que participan de la experiencia cultural | fotos Universitat de València

Europeo 2026 por la Comisión Europea, son vivenciados por los visitantes como un espacio de patrimonio vivo, donde el descubrimiento y la contemplación del edificio histórico se combina con aprendizajes inmersivos a través de numerosas y diversas actividades culturales: conciertos de música, cinefórum, exposiciones de arte contemporáneo, certámenes literarios, debates de actualidad, conferencias o seminarios, entre otras muchas propuestas educativas que nos igualan desde la diversidad, provocando experiencias culturales y patrimoniales de naturaleza ocupacional que proporcionan calidad de vida a quienes las vivencian.

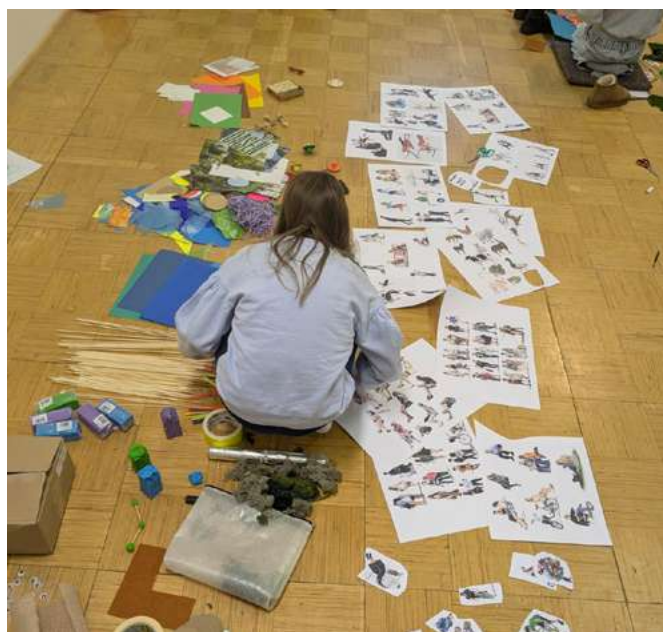
A lo largo de los últimos años, los indicadores reunidos en el Centre Cultural La Nau de la Universitat de València a través de los sistemas de evaluación empleados para ello en el programa La Nau Social han impulsado la creación en nuestra universidad del *Libro Blanco: Arte, Comunidad y Salud* (2026). Este proyecto constata el importante papel que la cultura desempeña en la salud de las personas a través de iniciativas muy diversas, como la que guarda relación con el rescate, la salvaguarda y la difusión de legados culturales de naturaleza intangible que conectan con la memoria individual y colectiva.

Patrimonio inmaterial y salud: enfoques educativos intergeneracionales e integradores

La Nau es sede fundacional de la Asociación Aromas Itinerarium Salutis, impulsora del Itinerario europeo de las farmacias históricas y los jardines medicinales, declarado en 2024 Itinerario Cultural del Consejo de Europa. Desde esta plataforma impulsamos proyectos de cooperación en investigación y desarrollo que contribuyen a la puesta en valor del patrimonio europeo en una doble dimensión, material e inmaterial, teniendo esta última una gran importancia por su alta capacidad para promover memoria histórica, identidad cultural, cohesión social y desarrollo humano sostenible, todo lo cual conduce a dinámicas de bienestar individual y comunitario.

Uno de los ejemplos más recientes en este sentido ha sido la iniciativa The Sensory Landscapes of Hygeia in

Europe (Spices), un proyecto de cooperación transfronteriza impulsado, coordinado y desarrollado por Aromas Itinerarium Salutis en el marco de la acción conjunta de las Jornadas Europeas de Patrimonio, con financiación del Consejo de Europa y la Unión Europea entre 2024 y 2025. El proyecto se centra en contribuir a la salvaguarda y difusión de la medicina tradicional, entendida como un legado cultural fuertemente arraigado en contextos rurales y en riesgo actual de despoblación de España, Italia y Rumanía, donde su uso es extensivo a otras actividades como la alimentación o el ritual. Se trata de un patrimonio inmaterial que es portador de incontables relatos cotidianos, cuyo origen ancestral le permite conectar con facilidad a personas, comunidades, culturas y costumbres europeas, aplicando enfoques participativos y muy saludables a nivel colectivo, como el intergeneracional que vincula las nuevas y jóvenes generaciones a sectores poblacionales mucho más envejecidos, en un ejercicio de transmisión de prácticas culturales inmateriales vivas e identitarias que promueven el fortalecimiento comunitario y la calidad de vida.



Preparación de una actividad cultural relacionada con herencias inmateriales en el proyecto Towched (2025) | foto Towched

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

| coordina Gema Carrera Díaz



Una de las actividades del proyecto Spices (2024) en la pequeña comunidad de Colleparado, en la región de la Ciociaria | foto Aromas Itinerarium Salutis

Este es el espíritu de otro proyecto europeo también coordinado desde la Universitat de València, Towched: Transforming Our World: Collections at the Heart of life-long learning and Education, en el que participa el Museu La Nau y otros museos de nuestra universidad, como el Museu de la Universitat de València d'Història Natural. El proyecto Towched se sitúa en una intersección particularmente fértil entre patrimonio cultural y bienestar social. En un contexto donde las instituciones culturales buscan nuevas formas de conectar con la ciudadanía, Towched propone una relectura del patrimonio no solo como objeto de conservación, sino también como agente activo en la promoción de la salud y la calidad de vida.

Este enfoque responde a una creciente sensibilidad internacional que reconoce el valor terapéutico, emocional y comunitario de la cultura, cuya dimensión inmaterial contiene narrativas, identidades y experiencias que pueden activar procesos de bienestar individual y colec-

tivo. En este sentido, el proyecto se alinea con corrientes como la “prescripción social cultural”, donde profesionales de la salud recomiendan actividades culturales como complemento a tratamientos médicos tradicionales.

Conclusión

La diversidad de proyectos en torno a patrimonio inmaterial que pueden promoverse desde nuestras universidades para contribuir a procesos de resiliencia y salud es muy amplia. Un proyecto como Salvem les Fotos, impulsado desde el Vicerrectorado de Cultura y Sociedad de la Universitat de València a través de su Área de Patrimonio Cultural, apenas dos días después de la dana del 29 de octubre de 2024, es muestra de ello. Su objetivo: recuperar con apoyo de la población local (enfoque participativo) las fotografías afectadas por esta catástrofe y restituirlas a las familias damnificadas para contribuir con ello a la resiliencia social, conscientes del importante papel que los recuerdos (patrimonio inmaterial) juegan en la memoria individual y colectiva, y, por supuesto, en la salud de cada individuo y su comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Ferriz Roure, T. (2026) *Llibre Blanc de la salut creativa a Espanya: Arts, Comunitat i Salut*. Valencia: Universitat de València. Disponible en: <https://www.llibreblanc.com/> [Consulta 08/05/2026]

Apuntes sobre medicina tradicional, patrimonio inmaterial y prácticas médicas en México

Carolina Sánchez García | Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad, Universidad Nacional Autónoma de México

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6139>

En México persiste la práctica de la medicina tradicional de los pueblos originarios, tanto en las regiones donde históricamente han habitado, como en sitios de destino migratorio, aunque en estos últimos de manera más limitada. Se reconocen diversas especialidades: hierberos, temazcaleros, hueseros, parteras, sobadores, rezanderos y curanderos, entre otras, según la cultura de cada pueblo originario. Por especialidad cuentan con conocimientos sobre las enfermedades que atienden. Además, disponen de recursos y procedimientos para atender a los pacientes, los cuales varían de acuerdo con el entorno cultural. Estos saberes se transmiten de generación en generación, en forma oral, entre los distintos pueblos originarios del país. El considerar que estas prácticas médicas puedan ser reconocidas como parte del patrimonio inmaterial de México implica consultar a los portadores de dichos conocimientos y asegurar que estén informados, para que puedan valorar si esta medida favorece la salvaguarda y visibilización de sus prácticas.

Entre totonacas de Papantla, Veracruz (México), que participan en la Casa del Arte de Sanar del Centro de las Artes Indígenas, hay preocupación por la pérdida de conocimientos de su medicina tradicional, debido a la edad avanzada de los médicos y a la falta de interés de los jóvenes en preservar dichas prácticas, lo cual se agrava con los procesos migratorios que impactan en las nuevas generaciones. Ante este panorama, la comunidad ha propuesto acciones vinculadas con procesos educativos no formales para transmitir sus saberes médicos a la juventud. De ello surgió un interés por identificar y sistematizar estos conocimientos, a fin de conformar un corpus que garantice su preservación.

La iniciativa fue acompañada con la creación de la Escuela de Medicina Tradicional Totonaca destinada a la formación de médicos tradicionales. Para el desarrollo del proyecto, se estableció un vínculo con el Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad de la Universidad Nacional Autónoma de México. El Programa Universitario asistió en el desarrollo de la investigación, en la cual participaron médicos tradicionales y jóvenes totonacas, llamados dialogadores de la salud. En su mayoría mujeres, se involucraron en todas las etapas de investigación y en la sistematización de información.

Como resultado de esta iniciativa se elaboró un diccionario de la medicina tradicional totonaca (Zolla Luque, Sánchez García, García Valencia 2022), dos manuales –uno de parteras (Zolla y Sánchez 2021) y otro de sobadores (García 2021)–, así como monografías de plantas medicinales conformadas por más de 60 especies utilizadas con fines curativos. A la par, se trabajó en definir el modelo pedagógico totonaca. Los nombres de todos los participantes totonacas fueron registrados en derechos de autor, en tanto portadores de este conocimiento.

La experiencia con la comunidad totonaca permite observar la importancia de involucrar a la población originaria en estos procesos y de establecer relaciones de horizontalidad en la investigación con portadores de saberes medicinales. Al igual que en otros tipos de patrimonio, la identificación y sistematización de conocimientos de la medicina tradicional, así como su reconocimiento y registro, deben realizarse con la participación y consentimiento de sus portadores, respetando sus propios términos en torno a la preservación del patrimonio biocultural.



Barrida, ritual de limpieza energética (física o espiritual) cuyo objetivo es expulsar las malas vibraciones, el mal de ojo o la mala suerte | foto Banco de imágenes del Centro de las Artes Indígenas (CAI), Papantla, Veracruz

Así, en la comunidad totonaca, como entre otros pueblos originarios de México, la práctica de la medicina tradicional tiene gran relevancia, no solo por su vigencia en regiones del país donde habitan, sino porque es la única opción disponible para la atención y cuidado de la salud. Sin embargo, la medicina tradicional enfrenta limitaciones en su práctica debido a la falta de reconocimiento por parte de la biomedicina. Esto ocurre a pesar de los avances en los instrumentos jurídicos nacionales e internacionales para su reconocimiento y regulación (Sánchez García 2021).

Al respecto, es necesario enunciar los síndromes de filiación cultural; en el *Diccionario de la medicina tradi-*

cional totonaca de Veracruz se registraron enfermedades o condiciones de salud con un componente cultural no reconocido por la medicina académica y que, por ello, se consideran de exclusiva atención del médico tradicional. Se subraya que estos síndromes (susto, mal de ojo, sombra de muerto, empacho y cuajo, entre otros) están ligados a la cultura. Ello cuestiona considerar únicamente a la biomedicina como “modelo capaz de resolver si no todos, la mayoría de los problemas de salud de la población independientemente de los contextos sociales y culturales en que se desarrolle la enfermedad” (Alarcón, Vidal y Neira Rozas 2003). En este caso, el componente cultural no es considerado en la atención a la salud, lo cual coincide con hallazgos de

Alarcón: “Situaciones como rechazo y falta de adhesión a las prácticas médicas occidentales, conflictos de poder entre agentes tradicionales y médicos, desarticulación de la estructura social de la comunidad, son elementos frecuentemente descritos en la literatura de salud internacional, especialmente en países con altos índices de población indígena” (Alarcón, Vidal y Neira Rozas 2003).

En tal virtud es necesario reconocer la complementariedad de las distintas prácticas médicas. Guzmán Aguilar (2020) alude a “interacciones entre las distintas medicinas”, mientras que Zolla y Sánchez (2012) proponen un sistema real de salud integrado por la medicina tradicional, la medicina casera y la medicina académica. Es importante que en el ámbito de la salud y de otros referentes culturales e identitarios de los pueblos originarios, las interacciones con la institucionalización y las normativas apelen a una interculturalidad en equidad e igualdad. Esto incluye a la acción patrimonial, que no debe reducirse al elemental esencialismo, sino a una justicia cultural con perspectiva decolonial (Prada-Justel 2025).

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, A. M., Vidal, A. y Neira Rozas, J. (2003) Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, vol. 131, n.º 9, pp. 1061-1065. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014 [Consulta: 29/04/2026]
- García, H. (2021) *Manual totonaca de sobadores, Xapananin*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad
- Guzmán Aguilar, F. (2020) La biomedicina, dominante en el sistema de salud. Presentes, otros modelos alternos como la medicina tradicional y de autoatención como la medicina casera. *GACETA UNAM*, abril 7, 2020. Disponible en: <https://www.gaceta.unam.mx/la-biomedicina-dominante-en-el-sistema-de-salud/> [Consulta: 29/04/2026]
- Prada-Justel, M. E. de (2025) Decolonización filosófica cultural de la Medicina y la Salud. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidarreta*, vol. 50 (Especial), RNPS 1824, pp. 1-4. Disponible en: <https://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/>

[article/view/3834](#) [Consulta: 29/04/2026]

- Sánchez García, C. (coord.) (2021) *Territorio y conocimientos tradicionales en el Totonacapan*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad
- Zolla C. y Sánchez C. (2012) *Pueblos indígenas e indicadores de salud en los estados del sur-sureste*. México, DF: UNAM, Programa Universitario México, Nación Multicultural: Organización Panamericana de la Salud
- Zolla C. y Sánchez C. (2021) *Manual totonaca de parteras*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad; Papantla, Veracruz: Centro de las Artes Indígenas
- Zolla Luque, C., Sánchez García, C. y García Valencia, J. (coord.) (2023) *Diccionario de la medicina tradicional totonaca de Veracruz*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México

Gibaja, J.F. y Parisi, M. (eds.)

Más allá de la Academia: la divulgación científica

sl: JAS Arqueología Editorial, 2025



La publicación constituye un compendio de experiencias y reflexiones que pretenden realizar una aportación a la necesaria transformación de la relación entre el conocimiento académico y la sociedad. El libro es fruto de un encuentro que tuvo lugar los días 15 y 16 de noviembre de 2025 en la Escuela Española de Historia y Arqueología en Roma, centro de investigación adscrito al Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Como el citado encuentro, el libro destaca por una excepcional diversidad en la profesión de sus firmantes, que incluye a personal investigador, profesorado universitario, especialistas en la divulgación científica y gestión cultural, personal técnico de museos y especialistas del ámbito socio-sanitario. La mayoría de los autores y autoras (más de 60) procede de España e Italia, pero también han participado colegas de Andorra y Grecia.

La pluralidad profesional no se limita a la autoría individual, sino que se manifiesta en artículos escritos de forma colaborativa por profesionales de diversos ámbitos. Un ejemplo claro es el trabajo sobre la divulgación en oncología infantil, que une a investigadores, gestores de empresas de patrimonio y responsables de asociaciones de familiares, entre otros. De igual modo, los proyectos destinados a personas con demencia resultan de la sinergia entre educadores y educadoras de museos y animadores geriátricos; en dichas contribuciones se combina el rigor histórico con la atención asistencial.

Aunque el eje central son las artes y humanidades –específicamente arqueología, prehistoria e historia del arte–, el contenido se nutre de otras áreas muy relevantes en el contexto de la divulgación, como la comunicación, la educación o la sociología. Además, se observa una fuerte transdisciplinariedad, al integrar, por ejemplo, conocimientos de neurociencias para entender la memoria emocional en pacientes de Alzheimer o técnicas de ingeniería y arquitectura para la reconstrucción virtual de paisajes pleistocenos.

En cuanto a las aproximaciones al tema, cabe destacar tanto el acercamiento transdisciplinar ya indicado como el amplio abanico creativo, que trata de enriquecer las diversas metodologías divulgativas, entre las que destacan la arqueología experimental y participativa, herramientas didácticas innovadoras (simuladores de investigación, juegos de mesa, mapas multisensoriales), uso de ambientes virtuales y narrativa literaria para evocar emociones y recrear contextos donde el dato material escasea.

El libro se distingue por su firme enfoque hacia una divulgación con fines sociales y de inclusión. La obra aboga por una mediación científica que eli-

mine barreras para los denominados “colectivos olvidados”. Las iniciativas compartidas se dirigen específicamente a grupos como los siguientes:

> Personas con capacidades cognitivas y demencias: proyectos como CulturalMENTE (Lucca) o T-essere memoria (Fiavè), ambos en Italia, utilizan el patrimonio como terapia no farmacológica para fomentar la autoestima y la conexión social.

> Menores en tratamiento oncológico: actividades adaptadas en la Casa dels Xuklis (Barcelona) que ofrecen respiro emocional y normalización durante el proceso hospitalario.

> Entornos rurales y vulnerables: proyectos como ConCiencia Histórica, en Asturias, o Ciencia en el Barrio, en grandes urbes, que buscan empoderar a comunidades con escaso acceso a la cultura científica para que generen sus propios discursos sobre su territorio y pasado.

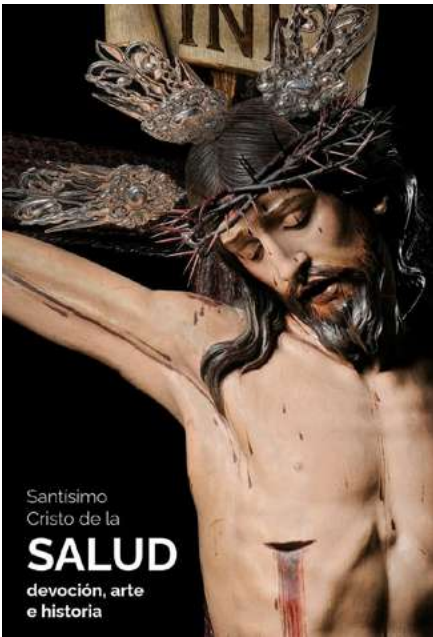
> Población reclusa y migrante: proyectos que utilizan la arqueología para construir puentes de conocimiento y fomentar la integración social.

El objeto de las especialidades involucradas en este libro consiste en elaborar significados o interpretaciones de las realizaciones humanas, tales como los hechos del pasado, las manifestaciones artísticas o los comportamientos sociales. Como en el ámbito patrimonial el comienzo de una parte sustancial de la labor de investigación tiene que ver con la interpretación de los hallazgos, la tarea de divulgación no está tan asociada a una fase concreta del proceso cognitivo, sino más bien a la acumulación de conocimiento considerado relevante. En conclusión, el libro presenta la divulgación no como un accesorio de la investigación, sino como una actividad nuclear que, además, debe venir acompañada por la responsabilidad ética e institucional. Al integrar a profesionales de campos tan variados y centrarse en la inclusión, los autores y autoras logran mostrar que la investigación del ámbito del patrimonio cultural es, ante todo, un instrumento de valorización social y de contribución al bienestar comunitario, de utilidad para los diversos tipos de profesionales implicados en la producción, utilización y comunicación social del conocimiento científico.

Elena Castro Martínez | INGENIO (CSIC-UPV)

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6100>

Reyes de la Carrera, M. R. y Molina Cañete, D. (coords.)
Santísimo Cristo de la Salud: devoción, arte e historia
Olivares, Sevilla: Hermandad de la Santa Vera Cruz, 2025



La monografía *Santísimo Cristo de la Salud: devoción, arte e historia*, coordinada por Manuel Ramón Reyes de la Carrera y David Molina Cañete, aborda el estudio integral de una imagen devocional que, tras doscientos cincuenta años de veneración ininterrumpida, se ha convertido en símbolo identitario de la villa de Olivares y del Aljarafe sevillano. El volumen propone una mirada poliédrica que articula investigación documental, análisis artístico y aproximación antropológica y que supera el mero enfoque conmemorativo, para ofrecer una reflexión historiográfica de alcance más amplio.

El libro se encuentra organizado en tres grandes bloques que se interrelacionan entre sí: contexto institucional y arquitectónico; génesis y entorno artístico de la imagen; y, finalmente, dimensiones devocional y ritual.

Para comenzar, en el primer bloque se contextualiza la relevancia social del Cristo de la Salud mediante textos institucionales. Destaca el prólogo de la catedrática de historia del arte Teresa Laguna Paúl, que sitúa la obra en la tradición investigadora sobre arte sacro sevillano. Laguna subraya su aportación al conocimiento del patrimonio barroco, las dinámicas de mecenazgo y la evolución ritual en torno al crucificado.

En el contexto arquitectónico, el capítulo de Juan Antonio Arenillas Torrejón, centrado en la capilla y la casa de hermandad, revela el hospital y la capilla como instituciones sociales donde convergen piedad, asistencia, identidad y memoria, más que como meros contenedores arquitectónicos.

El segundo bloque, centrado en la génesis artística, presenta un diálogo metodológicamente complementario entre Jesús Porres Benavides, David Molina Cañete y Francisco Amores Martínez. Porres sitúa la obra en relación con la escuela sevillana del siglo XVIII; Molina formula una hipótesis de atribución a Blas Molner, que resulta coherente con los datos materiales, comparativos y documentales disponibles; Amores reconstruye la trayectoria de José Caro Ponce, autor de la policromía, otorgándole un protagonismo renovado.

Este núcleo se prolonga hacia los entornos artísticos del Cristo de la Salud. Juan Antonio Silva Fernández analiza el retablo de la capilla y revela cómo la imagen ha dialogado con lenguajes renacentistas y barrocos de distinta procedencia. Manuel Ramón Reyes de la Carrera estudia el paso procesional de Luis Jiménez Espinosa. Reyes de la Carrera muestra cómo la devoción trasciende la capilla para cobrar vida en la ritualidad de la Semana Santa.

David Chillón Raposo completa esta visión con el ajuar y la orfebrería e integra la materialidad del culto en un entramado simbólico de notable riqueza.

El tercer bloque aborda la dimensión devocional, frecuentemente relegada en estudios centrados exclusivamente en las formas. Antonio René Díaz Pérez rescata exvotos, reorganizaciones rituales y testimonios de piedad popular que permiten comprender la profundidad antropológica de esta devoción. Martín Carlos Palomo García complementa este recorrido con un catálogo de retablos cerámicos y azulejos devocionales, que demuestran que la devoción se inscribe en el tejido urbano como memoria visual colectiva.

La monografía se revela, así, como un ensayo coral coherente sobre la relación entre arte, devoción e identidad comunitaria. Su aporte más significativo reside en la capacidad de hilvanar estudios especializados en una visión sintética, donde la historia material del Cristo de la Salud y la historia espiritual de su pueblo se entrelazan de manera inseparable.

Santísimo Cristo de la Salud: devoción, arte e historia se consolida como obra de referencia para el estudio del patrimonio sacro andaluz y la comprensión del arte como vehículo de cohesión social. Trasciende su marco conmemorativo para convertirse en paradigma de la confluencia entre devoción, arte y sociedad en el Barroco hispánico y sus prolongaciones contemporáneas.

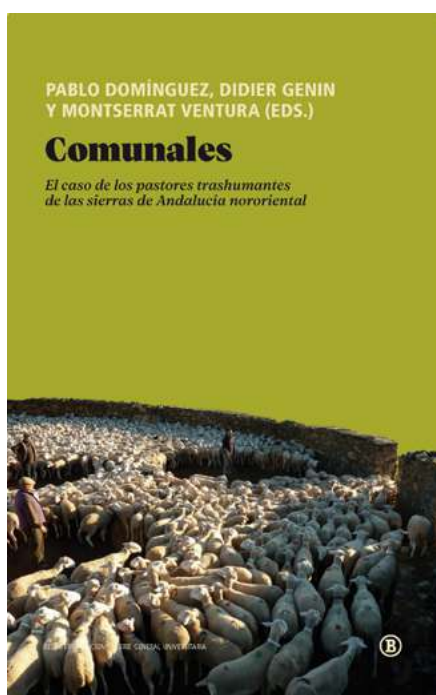
María Sánchez Rivas | Escuela de Arte y Superior de Diseño San Telmo (Málaga)

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6094>

Domínguez, P., Genin, D. y Ventura, M. (eds.)

Comunales. El caso de las Sierras de Andalucía nororiental

Barcelona: Bellatera Edicions, 2025



Bellatera saca a la luz este monográfico sobre pastoralismo trashumante en tierras comunales de Andalucía, en edición de Pablo Domínguez, Didier Genin y Montserrat Ventura. En él se da cuenta del sistema comunal de gestión de los recursos que llevan a cabo los ganaderos en las sierras de Castril, Santiago de la Espada y Pontones, en las provincias de Granada y Jaén. Todo ello es fruto de una larga trayectoria de indagación sobre la materia, que tiene sus antecedentes en el incesante y rico trabajo de campo que a lo largo de los años ha llevado a cabo Pablo Domínguez desde sus estudios iniciales sobre el Agdal, un sistema de gestión y uso de pastos comunales del Norte de África.

Se trata de un texto singular y necesario por varias razones. La primera es que da visibilidad a una práctica y un sistema de gobernanza desconocido para la inmensa mayoría de la gente, como desconocida es la relevancia a escala planetaria tanto de los pastos, como del pastoralismo y los comunales. Las cifras que el estudio aporta sobre las dimensiones de estos fenómenos en el mundo no dejan lugar a dudas, tanto de la relevancia de los sistemas, como de la magnitud del desconocimiento absoluto de los mismos por la sociedad.

En segundo lugar, se aborda desde una perspectiva multidisciplinar y bien fundada que permite conocer los diversos aspectos del pastoralismo trashumante y los ecosistemas en los que tiene lugar. La obra muestra los resultados de los diversos proyectos y tesis doctorales llevadas a cabo en esta zona desde la pasada década. Estamos por tanto ante una indagación intensa y sostenida sobre uno de los elementos más destables del patrimonio biocultural de Andalucía.

Hay que destacar además que la obra arranca con una exposición de motivos con una potente y ambiciosa carga teórica, que no es otra que la propuesta de la ecoantropología, un planteamiento teórico-metodológico que aboga por superar desde una perspectiva integradora dicotomías clásicas, como idealismo y materialismo, cualitativo y cuantitativo, naturaleza y cultura o ciencias sociales y naturales.

Es por ello por lo que los distintos capítulos abordan el asunto y su ámbito de desarrollo desde la perspectiva complementaria de la biología, la agronomía, la ecología, la historia y la antropología y considera así tanto el marco sociosistémico del fenómeno, como las consecuencias de este sobre ese propio sistema.

Se trata de capítulos temáticos independientes, llevados a cabo por distintos profesionales, que dan una visión final de conjunto, pero cada uno de ellos puede ser leído de manera independiente. Considerados así, las repeticiones de algunos datos y caracterizaciones, pocos realmente, son el único peaje que hay que pagar para poder entender cada apartado sin necesidad de remitir a los otros.

La obra no solo da cuenta de qué es el pastoralismo trashumante andaluz, sino que lo pone en contexto y valor, identifica sus problemas y amenazas y lleva a cabo propuestas para su mejora y mantenimiento, a través de figuras tan innovadoras e interesantes como “los territorios de vida”. No estamos ante una reliquia del pasado, sino ante un ejemplo radicalmente contemporáneo de la pervivencia de la gobernanza sostenible de los comunales y todo en unos tiempos en que las lógicas dominantes instan de manera vehemente a su ocultamiento y desaparición desde la práctica y la representación interesada del funcionamiento de la vida, de la sociedad y la naturaleza. Bienvenida sea la prueba en contrario que aquí se nos ofrece de manera tan documentada.

Rufino Acosta Naranjo | Dpto. Antropología Social, Universidad de Sevilla

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6103>

González de Oleaga, M. y Liscia, María Silvia di (eds.)

Memorias en guerra: colonialismo y resistencia en museos y monumentos

Madrid: CSIC, 2025



En una época de descolonizaciones de museos y colecciones, el libro *Memorias en guerra: colonialismo y resistencia en museos y monumentos*, editado por Marisa González de Oleaga y María Silvia di Liscia, es un texto muy oportuno. El libro consta de una amplia introducción de las editoras, un epílogo a cargo de Mario Chagas y tres partes. La primera titulada La “escena del crimen”: el colonialismo como estructura de pensamiento desde una perspectiva global consiste en tres ensayos de Elsa Peralta, Emiliano Abad y Beatrice Faluccci. La segunda parte, Al otro lado: fronteras y zonas de contacto en América, se completa con ensayos de Mario Rufer, Katherine Hite y una contribución de las propias editoras. Finalmente, Relato de una experiencia museal consiste en un único texto de Carolina Espinoza.

En la primera parte del volumen los ensayos sobre la memoria imperial de Lisboa (Peralta), el Musée du Quai Branly en París (Abad) y el legado colonial italiano (Faluccci) discuten el colonialismo como un dominio que se ejerce a través de poderosas estrategias narrativo-visuales que lo fijan en el pensamiento. En la segunda parte, la memoria invisibilizada ocupa un lugar central. Los ensayos sobre el archivo indígena enterrado de Salinas Grandes (Rufer), sobre el activismo antimonumentos en Texas (Hite) y sobre un museo del emprendimiento, el Centro de Visitantes Ledesma (las editoras), muestran las ausencias que, frente a la construcción de un imaginario clasista, racista y colonial, necesitan ser rehabilitadas. Estas ausencias se vuelven palpables en el trabajo de Carolina Espinoza acerca de las mujeres exiliadas de la dictadura chilena en la tercera parte del libro. Los retratos de la exposición *Exiliadas* de la que la autora es comisaria muestran la importancia que las formas de representación y memorialización tienen para la subjetividad política y social. El volumen reflexiona críticamente y contribuye a disputar que durante siglos estas formas hayan sido el privilegio de las élites dominantes. Los ensayos aquí reunidos vertebran un pensamiento que busca intervenir las narrativas hegemónicas de la modernidad.

En la introducción, *Memorias incómodas y espacios alter/nativos*, las editoras constatan que las formas tradicionales de representación y exposición en monumentos y museos han sido hoy desestabilizadas. Este es un hecho que no podemos sino celebrar. En *The British Museums*, Dan Hicks ya había señalado que el ruido que hoy provocan es señal inequívoca de su fracaso. Ahora bien, ¿a qué responde este fracaso? El hecho de que estos escenarios estén siendo hoy disputados por todos aquellos cuyas memorias, culturas, vidas... han sido usurpadas en la vorágine del capitalismo racial y

colonial ha puesto al descubierto la violencia sobre la que estas instituciones se erigen. Como exponen las autoras, ha sido el trabajo de asociaciones, grupos y activistas el que ha hecho que museos y monumentos se vean obligados a resetear. Las contribuciones a este volumen aportan reflexiones muy necesarias que nos ayudan a navegar esta crisis.

En la conclusión, las editoras se preguntan si es posible que las instituciones que generaron el problema puedan ofrecer una solución adecuada al mismo. El libro no pretende tener la respuesta a esta pregunta y otras similares que surgen. No obstante, lo que nos llevamos de su lectura es una constelación crítica que nos muestra que si la descolonización no se basa en auténticas demandas de justicia social no será más que un calificativo con el que apuntarse un tanto para que nada cambie.

José María Durán Medraño | Hochschule für Musik Hanns Eisler Berlin

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6064>

Andrés, J. de

El dilema ambiental. Conversaciones sobre arquitectura, medioambiente y patrimonio

sl: Ediciones Asimétricas, 2025



Esta obra se erige como un compendio crítico de diez capítulos que exploran la necesaria convergencia entre el diseño habitado y su entorno natural.

A través de una serie de entrevistas con figuras prominentes de la arquitectura contemporánea, el texto articula una respuesta colectiva ante la amenaza del cambio climático, superando los retos térmicos recientes mediante una redefinición profunda de nuestra forma de vida. Esta transformación se sustenta en una triple premisa fundamental: la reducción de emisiones a la atmósfera, el descenso del consumo energético y una adaptación orgánica y proactiva al clima específico en el que se habita.

Los autores coinciden en que el papel del arquitecto ha evolucionado significativamente, pasando de ser un mero decorador de fachadas a transformarse en un verdadero actor del cambio, capaz de proyectar edificios como organismos vivos pero inmóviles que dialogan constantemente con el medio que los rodea.

En este contexto, la gestión climática y la termodinámica emergen no solo como variables de cálculo o datos estadísticos, sino como una nueva sensibilidad proyectual que vincula los parámetros cuantificables con la experiencia vital y el confort cualitativo de las personas. Expertos como Iñaki Ábalos y Josep Ricart subrayan que el clima condiciona la arquitectura de manera integral, afectando desde la elección de materiales de km 0 y su circularidad hasta el diseño de los flujos de aire e inercias térmicas. Se prioriza la gestión de estos atributos invisibles –como el movimiento natural del aire– sobre la dependencia exclusiva de soluciones de ingeniería mecánica o maquinaria compleja. La investigación tipológica debe, por tanto, trabajar desde la propia estructura interna de la edificación para evitar diseños que resulten insensibles a su condición geográfica o climática.

Un eje transversal y de gran relevancia en el libro es la revalorización del patrimonio arquitectónico. La rehabilitación se defiende como un acto de aprovechamiento de la materia y la energía ya contenidas en el parque edificatorio existente, el cual acumula distintas capas de historia. No obstante, se advierte que el mantenimiento del patrimonio debe estudiarse en profundidad, pues una aplicación rígida o literal de las normas actuales de edificación puede resultar contraproducente y errónea al interpretar la esencia de las construcciones históricas. Autores como Luis Fernández-Galiano e Ignacio Paricio sostienen que intervenir en lo viejo requiere armonía y una visión

global que no necesariamente busque recuperar la imagen inicial de forma ciega. Por el contrario, se propone liberar al patrimonio de ciertas exigencias modernas para asegurar su conservación, permitiendo que el edificio siga siendo funcional durante siglos al resistir tanto el tiempo meteorológico como el proceso entrópico.

Asimismo, esta obra plantea una redefinición ética y estética del concepto de lujo en la arquitectura contemporánea. Lejos de asociarse a la opulencia o al uso de materiales costosos, el lujo se entiende hoy como la capacidad de ofrecer confort ambiental y calidad espacial utilizando la menor cantidad de recursos posibles. Esta visión se complementa con la perspectiva de Belinda Tato, quien enfatiza que la arquitectura debe funcionar como un soporte para la vida y no como la protagonista absoluta, integrando el vínculo emocional y la memoria del lugar en el proceso de diseño.

En última instancia, el texto invita a una sensibilización activa del usuario, reconociendo que el éxito de un proyecto y su huella ecológica dependen de la sinergia entre el edificio y quienes lo habitan. El libro concluye que estudiar lo anterior es la clave para hallar nuevas respuestas, entendiendo el hábitat como un diálogo indisoluble entre el tiempo, la cultura y el medio ambiente.

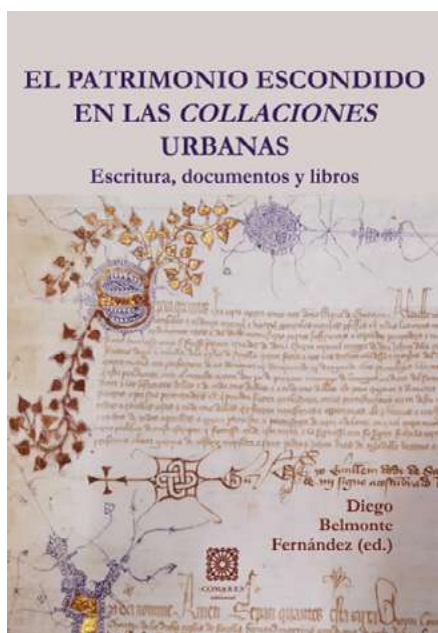
Eulalia Álvarez-Gallardo | Escuela de Arte Superior de Diseño León Ortega (Huelva)

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6097>

Belmonte Fernández, D. (ed.)

El patrimonio escondido en las collaciones urbanas: escrituras, documentos y libros

Albolote: Comares, 2025



La obra colectiva editada por Diego Belmonte Fernández se inscribe dentro de una línea historiográfica que busca rescatar y poner en valor fuentes documentales tradicionalmente relegadas en el estudio del pasado urbano. El volumen reúne doce contribuciones que analizan distintos conjuntos documentales vinculados a las collaciones (antiguas divisiones parroquiales urbanas) en diversos territorios peninsulares, especialmente de la Corona de Castilla, Aragón y Portugal.

Desde una perspectiva crítica, uno de los principales méritos del libro reside en su enfoque: desplazar la atención desde los grandes archivos institucionales hacia depósitos documentales locales, parroquiales o conventuales, muchas veces ignorados por la historiografía tradicional. Como se subraya en la propia obra, estos fondos constituyen un “rico granero de información” sobre la vida cotidiana, las prácticas sociales y la cultura escrita del Antiguo Régimen, pese a haber sido escasamente estudiados o incluso olvidados. Este planteamiento conecta con tendencias recientes de la historia social de la escritura y de la cultura documental, reforzando el valor del libro como contribución actualizada y pertinente.

El volumen presenta, además, una notable coherencia temática pese a su carácter colectivo. Los doce estudios giran en torno a “realidades escritas” vinculadas a las collaciones urbanas, lo que permite articular una visión relativamente homogénea del fenómeno. Los casos analizados (libros sacramentales, inventarios, registros notariales o pleitos eclesiásticos) muestran la riqueza y diversidad de este patrimonio documental, al tiempo que evidencian su fragilidad y el riesgo de desaparición al que se enfrenta. La obra no solo tiene un valor analítico, sino también reivindicativo, al llamar la atención sobre la necesidad de conservación y estudio de estos fondos.

Sin embargo, el libro también presenta algunas limitaciones. En primer lugar, la heterogeneidad metodológica de los capítulos (habitual en obras colectivas) dificulta en ocasiones la construcción de un marco interpretativo común más sólido. Aunque la introducción intenta ofrecer un hilo conductor, la diversidad de enfoques (historia social, diplomática, análisis archivístico) puede generar cierta dispersión en el lector. Asimismo, el predominio de estudios de caso muy concretos, centrados en ámbitos locales específicos (especialmente Sevilla), puede limitar la capacidad de generalización de las conclusiones, dejando en un segundo plano una reflexión más amplia sobre el fenómeno de las collaciones en el conjunto del mundo urbano hispánico.

Otro aspecto susceptible de crítica es la escasa problematización teórica del concepto de “patrimonio escondido”. Aunque el término resulta sugerente y eficaz desde el punto de vista divulgativo, en ocasiones se utiliza más como etiqueta que como categoría analítica desarrollada en profundidad.

Pese a ello, la obra destaca por su rigor y por la calidad de las investigaciones reunidas. La participación de especialistas en historia medieval y moderna, así como en diplomática y archivística, garantiza un tratamiento sólido de las fuentes y una aportación significativa al conocimiento del mundo urbano premoderno. Además, el libro se vincula a proyectos de investigación más amplios orientados a visibilizar el patrimonio documental de las collaciones, lo que refuerza su coherencia y su proyección académica.

En conclusión, esta obra es valiosa tanto por su contenido como por su enfoque. Aporta nuevos materiales y perspectivas al estudio de la cultura escrita urbana, al tiempo que plantea la necesidad urgente de conservar y estudiar un patrimonio documental en riesgo. Aunque presenta algunas limitaciones propias de las obras colectivas, su contribución al campo es indudable, especialmente en el contexto de una historiografía cada vez más interesada en las fuentes locales y en las prácticas sociales de la escritura.

Patricia Pérez Muncunill | Gestora cultural

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6122>

Brulon Soares, B. y Bonilla-Merchav, L.

Guía para la definición de museo: palabras que inspiran acción
 sl: ICOM, 2025



La obra objeto de esta reseña se sitúa en el centro de uno de los debates más relevantes del ámbito del patrimonio cultural contemporáneo: la redefinición del museo como institución patrimonial en un contexto marcado por transformaciones sociales, culturales y políticas profundas. Lejos de entender el museo únicamente como contenedor de bienes culturales, la publicación aborda la complejidad de definir una institución patrimonial viva, atravesada por tensiones entre conservación, representación, participación social y sostenibilidad. Su propósito principal es ofrecer una hoja de ruta conceptual y operativa que permita comprender y aplicar los 25 términos que integran la definición de museo aprobada por el ICOM en Praga en 2022, entendiendo el lenguaje como una herramienta con capacidad performativa para orientar las prácticas patrimoniales.

Uno de los principales aportes del libro para el campo del patrimonio es la detallada exposición del proceso metodológico que dio lugar a la nueva definición. El texto deja claro que esta no es el resultado de una formulación técnica aislada, sino de un proceso riguroso, prolongado y profundamente participativo que refuerza su legitimidad patrimonial. Bajo el liderazgo del grupo ICOM Define, entre 2020 y 2022 se articularon cinco rondas de consultas abiertas que involucraron a 126 comités nacionales e internacionales y a miles de profesionales del ámbito museístico y patrimonial procedentes de casi 150 países. Partiendo de más de 2.000 conceptos iniciales, la definición fue construida colectivamente, incorporando una diversidad de miradas, tradiciones patrimoniales y contextos culturales que reflejan la pluralidad del patrimonio a escala global.

Desde el punto de vista estructural, la obra se organiza en cuatro secciones interdependientes que dialogan con cuestiones clave para la teoría y la gestión del patrimonio cultural. La primera de ellas aborda la entidad museística, es decir, qué es un museo. Aquí se analiza al museo como institución patrimonial con una base jurídica y administrativa, caracterizada por su permanencia y por su carácter no lucrativo. Sin embargo, el texto va más allá de una definición formal, subrayando la evolución hacia un museo abierto al público, accesible e inclusivo, en consonancia con los enfoques actuales del patrimonio como derecho cultural y como bien común.

El segundo bloque se centra en las actividades del museo, entendidas como funciones patrimoniales fundamentales. A través de verbos de acción –investigar, coleccionar, conservar, interpretar, exhibir y comunicar– se redefinen prácticas tradicionales desde una perspectiva crítica. La incorporación del

término “interpretar” resulta especialmente relevante para el ámbito patrimonial, ya que reconoce explícitamente el papel del museo en la construcción de discursos sobre el patrimonio, alejándose de visiones objetualistas o pretendidamente neutrales.

La tercera sección analiza el funcionamiento del museo contemporáneo, poniendo el foco en el “cómo” y el “con quién” de la gestión patrimonial. Se enfatiza la necesidad de prácticas éticas y profesionales, pero, sobre todo, la participación activa de las comunidades. Esta dimensión conecta directamente con los enfoques de patrimonio inmaterial, patrimonio participativo y patrimonialización social, situando al museo como espacio de mediación, negociación y corresponsabilidad cultural.

Finalmente, el cuarto apartado aborda los valores y propósitos del museo, definiendo su relevancia social y patrimonial. La educación, el disfrute, la reflexión crítica y el intercambio de conocimientos aparecen como ejes fundamentales que consolidan al museo como agente patrimonial al servicio de la sociedad.

La obra destaca asimismo por su alineación con los grandes paradigmas contemporáneos del patrimonio cultural. La atención a la diversidad, la reparación de exclusiones históricas y la visibilización de memorias silenciadas sitúan al museo como espacio comprometido con la justicia social. De igual modo, la vinculación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) refuerza una concepción integral de la sostenibilidad patrimonial, entendida desde una perspectiva ambiental, social, económica y cultural.

En conclusión, el libro documenta una transformación histórica del museo como institución patrimonial: el tránsito desde modelos centrados en el objeto hacia enfoques centrados en las personas, las comunidades y los procesos sociales. Avalada por un consenso internacional sin precedentes, esta obra se convierte en una referencia imprescindible para comprender el papel del museo en las políticas patrimoniales contemporáneas y su contribución a un futuro más justo, inclusivo y sostenible.

Pablo Osma Rodríguez | Universidad Europea de Madrid

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6119>

García Garrido, M.A., Rey Castelao, O. y Hanicot-Bourdier, S. (coords.)

Guardianas del tiempo. Mujeres, historia, testimonio (ss. XVI-XX)

Gijón: Trea, 2025



Este volumen colectivo, coordinado por Manuela Águeda García Garrido, Ofelia Rey Castelao y Sylvie Nathalie Hanicot-Bourdier, se inscribe con solvencia en las corrientes historiográficas que buscan recuperar la agencia femenina en la construcción del pasado. La obra reúne nueve estudios que, desde perspectivas diversas pero complementarias, analizan el valor del testimonio de las mujeres entre los siglos XVI y XX, especialmente en contextos jurídicos, sociales y culturales. El objetivo común de este libro y sus autores es claro: rescatar voces tradicionalmente silenciadas y demostrar su relevancia para una comprensión más compleja de la historia.

El libro se articula de forma coherente en torno a tres grandes ejes: la noción de testimonio, la participación de las mujeres en los engranajes de la justicia y la denominada “cultura de la reconciliación”. La presentación inicial sitúa estos conceptos en un marco teórico sólido, subrayando el carácter central del testimonio en sociedades de fuerte comunicación verbal y destacando cómo la memoria femenina ha funcionado como vehículo de transmisión histórica. A partir de ahí, los capítulos desarrollan estudios de caso que permiten observar la diversidad de experiencias femeninas.

Los primeros trabajos se centran en el ámbito jurídico del Antiguo Régimen. Se analiza cómo la credibilidad del testimonio femenino estaba condicionada por factores como la fama, el honor o la reputación, elementos que no afectaban de igual modo a hombres y mujeres. Asimismo, se examinan conflictos concretos –como pleitos por malos tratos, disputas matrimoniales o acusaciones de escándalo moral– en los que las mujeres actuaron como testigos, demandantes o acusadas. Estos estudios ponen de relieve tanto las limitaciones impuestas por un sistema patriarcal como las estrategias desarrolladas por las propias mujeres para hacerse oír.

El volumen avanza cronológicamente hacia el siglo XIX y principios del XX, ampliando el foco hacia otros contextos y fuentes. Resultan especialmente sugerentes los capítulos que abordan el testimonio femenino en ámbitos no estrictamente judiciales, como la literatura o la asistencia social. El análisis del caso de las nodrizas vizcaínas, por ejemplo, muestra cómo estas mujeres se convirtieron en agentes clave dentro de un sistema asistencial deficiente, mientras que el estudio sobre Marina Tsvetaeva evidencia el poder del testimonio literario como forma de resistencia y memoria en contextos de violencia política.

Desde el punto de vista metodológico, la obra destaca por su carácter interdisciplinar y por el uso riguroso de fuentes judiciales, literarias y documentales. La combinación de estudios microhistóricos con reflexiones teóricas permite construir un discurso sólido y bien hilado, en el que cada capítulo aporta matices sin perder la coherencia del conjunto. Además, el enfoque comparativo, que incluye espacios culturales diversos (hispanico, francés, germánico o eslavo), enriquece la perspectiva general.

En cuanto a la valoración crítica, el volumen logra con éxito su propósito de visibilizar la pluralidad de experiencias femeninas y de cuestionar la supuesta marginalidad de las mujeres en la historia. No obstante, en algunos casos se echa en falta un mayor diálogo entre los capítulos, que podría haber reforzado aún más la unidad interpretativa de la obra. A pesar de ello, la calidad de los estudios individuales compensa esta ligera dispersión.

En definitiva, esta obra constituye una aportación relevante para la historiografía del género y del patrimonio histórico, al ofrecer nuevas herramientas para analizar el pasado desde una perspectiva inclusiva. Su principal virtud radica en demostrar que el testimonio femenino no es un mero complemento, sino un elemento fundamental para comprender las dinámicas sociales, jurídicas y culturales de la historia europea.

José Miguel Marín Prieto | Historiador del Arte

URL de la contribución <www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/6115>