

EXÉGESIS DESDE LA INTERCULTURALIDAD CRÍTICA EN SALUD AL MARCO NORMATIVO VINCULADO CON LA MEDICINA DOMÉSTICA Y TRADICIONAL: HISTORICIDAD Y POTENCIA

EXEGESIS FROM CRITICAL INTERCULTURALITY IN HEALTH TO THE NORMATIVE FRAMEWORK LINKED TO DOMESTIC AND TRADITIONAL MEDICINE: HISTORICITY AND POWER

Laura Y. VÁZQUEZ VEGA

Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación

laura.vazquez@secihi.mx

<https://orcid.org/0000-0002-8292-6725>

Fecha de recepción: 23 de abril de 2025.

Fecha de aceptación: 1 de octubre de 2025.

Resumen:

El proceso de interculturalidad en salud ha estado presente en todo vínculo humano, ha sido registrado, interpretado y analizado desde distintos marcos normativos nacionales e internacionales, en donde la pertinencia cultural cobra sentido no sólo por su historicidad sino por la potencia de prevención y atención primaria en materia de salud, sobre todo, en aquellas comunidades que perviven en geografías racializadas del Sur global. América Latina y el Caribe sigue siendo la región con los niveles más altos de desigualdad en el mundo. México, pese a su riqueza biocultural y los esfuerzos desde las izquierdas en distintas dimensiones, tiene aún contrastes socioculturales, políticos y económicos que remarcian la deuda pendiente en la atención sanitaria pública en la mayoría de los territorios rurales y urbanos con población indígena, equiparada y en contextos populares. Hoy en día, la agencia de las(os) habitantes indígenas, afrodescendientes y comunidades equiparadas en América Latina les ha llevado a vivenciar y resistir en sus cuerpos-territorios un modelo de autoatención en salud, en donde se imbrican los recursos locales de índole biocultural y sus medicinas y terapéuticas domésticas o caseras, en confluencia con la ancestría de conocimientos adquiridos con base en evidencia-experiencia, trasmítidos de generación en generación.

Summary:

The process of interculturality in health has been present in every human bond, it has been recorded, interpreted and analyzed from different national and international regulatory frameworks, where cultural relevance makes sense not only because of its historicity but also because of the power of prevention and primary health care, especially in those communities that survive in racialized geographies of the global South. Latin America and the Caribbean continues to be the region with the highest levels of inequality in the world. Mexico, despite its biocultural richness and the efforts of the left in different dimensions, still has socio-cultural, political and economic contrasts that highlight the pending debt in public health care in most rural and urban territories with indigenous populations, equal and in popular contexts. Today, the agency of the indigenous, Afro-descendant and equated communities in Latin America has led them to experience and resist in their bodies-territories a model of self-care in health, where local resources of a biocultural nature and their domestic or homemade medicines and therapeutics are intertwined, in confluence with the ancestry of knowledge acquired based on evidence-experience, transmitted from generation to generation.

Palabras clave: Normatividad, interculturalidad y salud; pluralismo médico; interculturalidad crítica; medicina doméstica, tradicional y académica.

Keywords: Regulations, interculturality and health; medical pluralism; critical interculturality; Home, Traditional, and Academic Medicine.

I. Introducción

El proceso de interculturalidad en salud ha estado presente en todo vínculo humano, ha sido registrado, interpretado y analizado desde distintos marcos normativos nacionales e internacionales, en donde la pertinencia cultural cobra sentido no sólo por su historicidad sino por la potencia de prevención y atención primaria en materia de salud, sobre todo, en aquellas comunidades que perviven en geografías racializadas del Sur global. América Latina y el Caribe sigue siendo la región con los niveles más altos de desigualdad en el mundo. México, pese a su riqueza biocultural y los esfuerzos desde las izquierdas en distintas dimensiones, tiene aún contrastes socioculturales, políticos y económicos que remarcan la deuda pendiente en la atención sanitaria pública en la mayoría de los territorios rurales y urbanos con población indígena, equiparada y en contextos populares. El pensamiento crítico latinoamericano caribeño encarna, comprende, afronta y cuestiona las maneras de producción de conocimiento desde el anclaje situado que lo arropa, es decir, desde el vaivén geopolítico del sistema mundo que ha

dominado y colonizado los cuerpos y las ideas en una relación desigual centro-periferia en sus dimensiones económica y política, que a su vez atraviesan las estructuras del ser, del saber y del poder en sus cuerpos-territorios, sus historias, narrativas y praxis cotidiana. Desde esta orientación se empuja un desmontaje, una suerte de fracturas epistémicas y metodológicas de los fundamentos hegemónicos del Norte global, para incidir y transformar en colectivo las problemáticas que se enfrentan en dichos territorios de nuestras realidades en el Sur global, como es el caso de la medicina doméstica y tradicional en los sistemas reales de atención a la salud y sus marcos normativos en una historia de larga duración, dimensiones que guiarán la reflexión de esta colaboración.

Este giro epistémico también se teje en los procesos diferenciales de vivir, enfermar y morir, pues la colonización del campo de la salud se observa a partir de la salud pública vertical mundial, que gestiona la enfermedad y la muerte, que dosifica el malestar y el dolor sin mirar los territorios ni las inequidades que ahí se habitan, además de ponderar exclusivamente la lógica cartesiana: evidencia, análisis, deducción y comprobación, variables y no procesos, en donde se olvida apuntar que el dato estadístico es teoría en acto y no historias-contextos de larga data. Esto se refleja e implementa en la mayoría de las políticas públicas sanitarias en Latinoamérica y el Caribe, así como en la plataforma disciplinar académica de enseñanza-aprendizaje médica, lo que se traduce en instituciones y servicios de atención guiados por el paradigma convencional biomédico, que pasan de largo la interculturalidad y el sistema real de atención a la salud con los pluralismos médicos que le atraviesan.¹

II. Interculturalidad crítica y sistema real de atención a la salud

El sistema real de atención a la salud es un planteamiento que se desarrolló en función del trabajo en territorio que se llevó a cabo desde distintas dimensiones y con cruces disciplinares relevantes, con la finalidad de comprender el conjunto de respuestas sociales organizadas y situadas para hacer frente a la enfermedad, el accidente, el desequilibrio o la muerte, es decir, esta categoría considera que las distintas colectividades, desde la época precolombina hasta la actualidad, han

¹ Quiero extender un agradecimiento por sus comentarios y retroalimentación a Margarita Aviles Flores y a Grisell Jaimes Vera por su apoyo en la edición bibliográfica. Esta contribución forma parte del Proyecto IH-2025-I-466, SECIHTI, 2025.

explorado vías y aplicado medidas para sobrellevar las contingencias en los procesos de salud-enfermedad.²

Hoy en día, la agencia de las(os) habitantes indígenas, afrodescendientes y comunidades equiparadas en América Latina les ha llevado a vivenciar y resistir en sus cuerpos-territorios un modelo de autoatención en salud, en donde se imbrican los recursos locales de índole biocultural y sus medicinas y terapéuticas domésticas o caseras, en confluencia con la ancestría de conocimientos adquiridos con base en evidencia-experiencia, trasmitidos de generación en generación. Además de la potencia de la medicina tradicional acreditada después de la experiencia planetaria que significó el SARS-CoV-2. También, en México coexiste la asociación de otros modelos de salud desde la medicina académica como la de tipo hegemónica, biomédica o alópata, y la homeopatía, así como la medicina alternativa o complementaria que puede integrar la acupuntura, el ayurveda, el naturismo, la fitoterapia, la quiropráctica, entre otras.³ Lo que sin duda observa relevancia y pertinencia en contextos interculturales singulares y en los marcos normativos como la propia Constitución Mexicana que alude a la grandeza de sus pueblos y composición multiétnica y pluricultural, en su Artículo 2º, y las recientes modificaciones en materia de salud en el Artículo 4º. Además de lo establecido en la Ley General de Salud sobre el respeto, conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones dignas, incluida la partería tradicional.

De acuerdo con Menéndez,⁴ actualmente se manifiestan dos grandes tendencias sobre la interculturalidad: la primera tiene su base en los elementos culturales y las diferencias que ello implica, cuya propuesta es educar para informar y establecer niveles de tolerancia y respeto a los saberes de la otredad indígena y mejorar la eficacia médica; una de sus críticas es que la orientación biomédica no se puede combatir sólo de esta manera, además de cierto matiz racista en esta perspectiva. La segunda tiene como objetivo la autonomía para una interculturalidad simétrica, es decir, considerar que cada grupo recodifica y resignifica los problemas e interpretaciones que se juegan en sus interrelaciones a partir de su propia matriz cultural. Misma que supone reconocer que las relaciones culturales han coexistido de manera simultánea en

² ZOLLA, Carlos y SÁNCHEZ, Carolina, “Sistema real de atención a la salud en México”, en CAMPOS-NAVARRO, Roberto (comp.), *Antropología médica e interculturalidad*, México, UNAM, Facultad de Medicina, McGraw-Hill Interamericana, 2016, p. 177–185.

³ *Idem*.

⁴ MENÉNDEZ, Eduardo, “Cuestiones metodológicas sobre antropología e interculturalidad”, en CAMPOS-NAVARRO, *op cit.*

contextos de dominación, explotación, hegemonía y subalternidad a la par de solidaridad, cooperación y adhesión.

La salud intercultural considera el estudio y la atención de los pueblos originarios, comunidades equiparadas y contextos populares, implica la comprensión y valoración de cada cultura en su ámbito local tanto en su lengua tradicional y alimentación local-regional como en su epidemiología sociocultural y actividad que se realice en su cotidianidad y con base en su contexto geográfico. Además de atender la coexistencia de los diversos sistemas de atención a la salud como parte intrínseca en toda sociedad, en donde el agente indígena o mestizo de manera individual y colectiva tiende a integrar los saberes más que antagonizarlos, excluirlos o negarlos, unos en función de otros; pues los sintetizan, articulan, combinan, reconfiguran y organizan con base en sus condiciones étnico-culturales, político-económicas, eficacia técnica o de significación cultural, religiosas, entre otras.⁵ Es decir, se dejará de lado el proceso de despersonalización y cosificación de un padecimiento o enfermedad,⁶ considerando a la persona-paciente como una unidad somato-psíquica y socio-cultural.

Se han propuesto diferentes modelos para abordar el proceso salud-enfermedad-atención-prevención, una de ellas es la de Kleinman que integra al sistema de cuidado de la salud (SCS) como un sistema cultural más, a partir de su base material y la red de significaciones simbólicas que se representan en las instituciones sociales y en los patrones de interacción interpersonal, así como la religión, el lenguaje o el parentesco.⁷ La salud se relaciona así con los componentes de una sociedad, tal es el caso de las creencias sobre las causas del padecimiento, las normas de gobierno para las opciones de tratamiento y su evaluación, el nivel de legitimidad social, el papel y poder de las relaciones y configuraciones de interacción, así como las propias instituciones. De tal manera, los otros componentes básicos del sistema (SCS) son pacientes y curadores, padecimientos y curaciones, a partir de experiencias, creencias, comportamientos y

⁵ CAMPOS-NAVARRO, Roberto, “Enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México”, en CAMPOS-NAVARRO, *op. cit.*

⁶ Cabe señalar la diferencia entre patología (*disease*), padecimiento o dolencia (*illness*) y el sentido social del padecimiento (*sickness*). Una patología o enfermedad refiere al desequilibrio que se genera en la dimensión biológica, es decir, una anormalidad funcional o estructural de base orgánica, misma que es observada directamente a través de sus signos. La dolencia o padecimiento en la dimensión cultural implica una experiencia individual significativa en función de la anormalidad o desequilibrio orgánico. Y el padecimiento en su dimensión social envuelve las relaciones sociales en donde se insertan los procesos de enfermedad y sus articulaciones ideológicas, sociales, políticas y económicas (Comelles y Martínez-Hernández, 1993).

⁷ Kleinman (1980) KLEINMAN, Arthur, *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*, Nueva York, Basic Books, 1988.

actividades. Otro modelo es el de Menéndez⁸ que versa sobre el pluralismo médico en lo general, distinguiendo lo particular en el modelo médico alternativo y los modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos.⁹ Por su parte, Pedersen entiende como sistema médico a todas las creencias y prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad; es el conjunto de recursos humanos, tecnológicos y servicios destinados específicamente al desarrollo y a la práctica de una medicina para la asistencia de la salud individual y colectiva.¹⁰

Cabe señalar que no existe una sociedad humana que no cuente con uno o varios sistemas médicos en coexistencia, uno de ellos es la medicina tradicional, la cual ha sido conceptualizada desde varias disciplinas. Para algunos tiene una connotación peyorativa por considerarla sinónimo de atraso y de uso exclusivo entre grupos indígenas o campesinos.¹¹ Aguirre Beltrán la describió como producto de la unión de la medicina prehispánica, europea y negra.¹² La OMS hace cuarenta años la definía como “la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales y sociales basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra”.¹³ Anzures diferencia la medicina tradicional de la indígena y de la colonial-hispánica, definiendo la primera como una forma enriquecida derivada de las dos corrientes señaladas, construyendo así nuevos referentes.¹⁴ En relación con

⁸ MENÉNDEZ, Eduardo, “Modelos hegemónicos, subalterno y de autoatención”, en CAMPOS-NAVARRO, Roberto (comp.), *Antropología médica e interculturalidad*, México, UNAM; McGraw-Hill; Interamericana Editores, 2016b.

⁹ El modelo médico será considerado como una construcción que supone en su estructura la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los curadores, donde se incluyen los médicos; siendo a partir del proceso capitalista que se desarrollaron varios modelos de atención médica de tipo hegemónico, alternativo y el vinculado con la auto-atención (idem). En relación con los saberes y formas que se asocian al modelo de auto-atención, las primeras corresponden a las representaciones y prácticas organizadas como un entendimiento que opera a través de curadores, sujetos o colectivos; en tanto la segunda como experiencias utilizadas por los sujetos y grupos cuyo interés está en obtener trayectorias individuales. Así, los saberes y formas brindan elementos para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir procesos que afecten la salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención directa o intencional de curadores profesionales del campo de la biomedicina (Menéndez, 2016c)

¹⁰ PEDERSEN, Paul, “Multiculturalism as a generic approach to counseling”, en *Journal of Counseling and Development*, vol. 70, núm. 1, 1991. p. 65.

¹¹ LAGARRIGA, Isabel, “Las enfermedades tradicionales regionales”, en ORTIZ, Silvia (coord.), *La medicina tradicional en el norte de México*, México, INAH, 2000. p. 17.

¹² AGUIRRE BELTRÁN, Gonzalo, *Los programas de salud en la situación intercultural*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 1955.

¹³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Organización Mundial de la Salud*, 1979. Recurso en línea. p. 21.

¹⁴ ANZURES Y BOLAÑOS, María del Carmen, *Medicina tradicional y cultura*, México, Escuela Superior de Medicina, 1987. p. 106.

la categorización síndrome de filiación cultural algunos de los autores que han reflexionado al respecto son López Austin; Zolla, Del Bosque, Tascón y cols.; Zolla; Hersh, entre otros.¹⁵

La propuesta que orienta esta colaboración y que forma parte del giro epistémico latinoamericano y caribeño es la *interculturalidad crítica* de Catherine Walsh, la subraya como un proyecto ético, epistémico y político orientado a la transformación estructural y decolonial, es decir, no se limita al simple reconocimiento o coexistencia de culturas que implica a una interculturalidad relacional o funcional. Ésta busca incluir a los grupos marginados en el sistema social, político y económico establecido, sin cuestionar las reglas del juego. Opera bajo la lógica del multiculturalismo neoliberal, que reconoce la diversidad para mantener la hegemonía del sistema dominante. En tanto, la *interculturalidad crítica* pretende transformar, intervenir y crear condiciones radicalmente distintas de sociedad y vida. Implica un proceso continuo y en construcción que cuestiona las estructuras de poder y dominación que han operado históricamente a través de la colonialidad. Para Walsh, la interculturalidad crítica es una herramienta fundamental para pensar "con" y "desde" las luchas sociales, con el fin de construir sociedades, relaciones y conocimientos radicalmente diferentes, orientados hacia la refundación social y política.¹⁶

En este sentido, la forma en que las personas entienden, viven y habitan su cuerpo y territorio responde a una determinada construcción cultural del mismo, siendo fundamental la trayectoria en su curso de vida, es decir, las dinámicas de interrelación y transición entre su biografía e historia en términos de configuración familiar, comunidad y cambio social, así como de las narrativas asociadas a sus vivencias significativas y subjetivas, polifónicas y polivalentes,

¹⁵ López Austin (1993:33) señala desde su referente mesoamericano que la enfermedad es un desajuste que se produce por diversas razones, a saber, por la intrusión de un espíritu o algún objeto, la pérdida del alma, la ruptura de un tabú, entre otras. Muchos pueblos indígenas distinguen entre 'enfermedad buena', causada por la divinidad, y 'enfermedad mala', que proviene de la voluntad humana. La bondad, paradójicamente, no estriba en la benignidad del padecimiento, puesto que tan grave puede ser una enfermedad mala como una buena. La diferencia pudiera radicar en la inflexibilidad o flexibilidad de la voluntad. Romero (2006) señala que la enfermedad en los pueblos indígenas se concibe como resultado de la voluntad divina, de los deseos y ambiciones de seres del 'otro mundo', de la conducta humana y/o de las relaciones sociales. Zolla, Del Bosque, Tascón, *et al.*, (1988:26) proponen un modelo de clasificación de las enfermedades naturales de acuerdo con su causalidad: empírica, psicológica y preternatural. López Austin (1970, 1993), Zolla, Del Bosque, Tascón, *et.al.* (1988), Zolla (1993), Hersh (2013), entre otros.

¹⁶ WALSH, Catherine, "Interculturalidad crítica y educación intercultural", en VIAÑA, Jorge; TAPIA, Luis y WALSH, Catherine (eds.), *Construyendo interculturalidad crítica*, La Paz, Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello, 2010, p. 75–96.

WALSH, Catherine (ed.), *Pedagogías decoloniales: prácticas insurgentes de resistir, (re)existir y (re)vivir, Tomo I*, Quito, Ediciones Abya-Yala, 2013.

entre otras. Los sistemas de creencias son reflejo de la visión del mundo que determinado colectivo tiene con respecto a su entorno y al papel del ser humano dentro de él, en donde la búsqueda del bienestar es el *leit motiv* que moviliza. Esto es, se hace referencia a un entendimiento cultural y social, donde individualmente se define lo que significa estar-bien.

La idea de bienestar es una concepción que puede tomar distintas formas de resignificación, una de ellas es el bienestar físico o de la salud que, además articula un aparato simbólico que alimenta las ideas de lo sano y lo enfermo, lo que se ve envuelto en dinámicas de continuidades, rupturas y reinversiones; base para que hombres y mujeres tomen posesión de su mundo. Lluís Duch, sugiere que:

... salud y enfermedad, además de ser expresiones de la situación del individuo en su mundo cotidiano, ponen de manifiesto el estado de aquellas relaciones humanas que permiten la constitución del tejido social, el cual es el ámbito en cuyo interior se despliega la convivencia como haz de tensiones, deseos, solidaridades, competencias y afirmaciones [...] la enfermedad y la sanación pueden considerarse como dos formas radicalmente distintas del clima social y emocional, con retóricas propias, que inciden decisivamente sobre los comportamientos de los individuos y los grupos humanos.¹⁷

Si a este imaginario le sumamos los dispositivos vinculados con las lógicas coloniales del poder podemos apreciar de manera concreta como ésta se ha desdoblado en dinámicas, aún presentes, en el colonialismo del saber y del ser en intersección con los procesos de salud-enfermedad, atención-desatención y prevención. De tal forma, podemos comprender el pensamiento abisal y de ausencia que ha permeado los sistemas de salud y ha introducido en los campos de conocimiento disciplinar biomédico la monocultura del saber y el rigor positivista en escalas macro y microsociales. Proceso en consolidación desde la modernidad, la conformación del Estado, la definición de las epistemologías dominantes en las ciencias naturales y sociales, así como su puesta en valor en el cambio de la geocultura de la moderna economía del mundo.

Una muestra de ello ha sido la exclusión y la mirada con desdén hacia las demás tradiciones del saber del sur global no oficiales, biomédicas, industriales o tecnificadas pero que históricamente han procurado el estar-bien y ensayado la curación del mal-estar, desequilibrio, padecimiento y/o enfermedad, además de fortalecer la corporeidad para que la homeostasis del organismo se reestablezca por sí mismo, con múltiples y diversas acciones terapéuticas. En este

¹⁷ DUCH, Lluís, *Antropología de la vida cotidiana. Simbolismo y salud*, Madrid, Trotta, 2002. p. 31.

sentido, la medicina tradicional y popular mexicana no ha sido la excepción, al igual que el poco interés por estudiar, comprender y contener al sistema real de salud y su eficacia terapéutica, desde los diferentes niveles de atención y política pública del sistema de salud nacional y la consecuente institucionalidad académica y disciplinar señalada. Resultando en el telar epistemico de perspectivas pluri-bio-culturales de tradición étnica y doméstica-casera en los territorios diversos que han conformado el país en la historia de larga duración.

Si bien se reconoce y valora lo que el saber biomédico ha producido para la humanidad, en términos de esperanza y calidad de vida, es fundamental considerar la veta que puede seguirse desde el pensamiento crítico en este proceso de enfermar, rehabilitar, curar y morir, en alianza con el planteamiento que desarrolla la epidemiología crítica o sociocultural. Dicho proceso devela afinidad entre la capitalización de la vida, consumos-demandas masivas y modernidades líquidas con la mercantilización de la enfermedad y salud, que a su vez se entroncan con la racialización de los cuerpos y otro tipo de exclusión y violencias sistémicas a partir del sistema sexo-género, curso de vida, generación, capacitismo, clase social, entre otros factores sociodemográficos, además de considerar lo que las desventajas acumuladas pueden impactar en características fisiológicas, bioquímicas, de inmunidad y de hábitos de vida y de salud.

Pese a este escenario de imposición de saberes curativos y sus aristas de control, también es relevante señalar que ha habido resistencias, explícita e implícitamente reflexivas, por parte de los diferentes modelos clínicos alternativos como es el caso de la medicina herbolaria en México y los terapeutas tradicionales, así como presencia y constancia en el consumo de plantas medicinales por parte de territorios y colectivos con alguna matriz de etnicidad y de uso popular en corporalidades y geografías rurales y urbanas diversas. No obstante, esta recurrencia en la práctica y estudio de la fitoterapia desde las ciencias naturales y sociales, además de la legislación vertida en materia de interculturalidad en salud, no ha alcanzado aún para atrapar la mirada estadística y de las políticas públicas sanitarias que nos permita tener mayores aportes para articularla con los recursos de la medicina académica y generar de facto la atención primaria en salud con esta vertiente o al menos mayores intervenciones de tipo local-regional en clave intercultural para la prevención-atención-rehabilitación en salud o en su defecto el aumento de análisis multidimensionales con cruces disciplinares ante esta problemática asociada con la epidemiología sociocultural y su consecuente traducción operativa y de capacidad resolutiva,

sistemática, integral, interrelacional, objetiva y eficiente. En este sentido, este tipo de planteamiento tiene pertinencia sociocultural, institucional, académica y de acción política.

III. Exégesis del marco normativo y la medicina tradicional mexicana

El marco normativo asociado con la medicina tradicional y la herbolaria mexicana tiene como fundamento la Constitución Mexicana y la Ley General de Salud que interceden por su desarrollo y resguardo. Algunos referentes han sido el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo en 1989 y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas en 2007.

Alrededor del 2001, en el ámbito nacional se modificó la Constitución Mexicana, con énfasis en las políticas interculturales para la aplicación de programas nacionales de salud y otros instrumentos jurídicos que han procurado el acceso a los servicios de salud en poblaciones indígenas, armonizando con directrices que ha estipulado la Organización Mundial de la Salud como la declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria a la Salud en 1978. Y que hablaremos enseguida.

Plantas medicinales en México. Una historia de larga duración

En virtud de la práctica y tradición constante de la medicina popular herbolaria mexicana, a continuación, se esboza de manera sintética el proceso de registro y sistematización de la persistencia y resistencia de este tipo de medicina ante la que ha dominado desde la modernidad, así como los esfuerzos por develar la invisibilización institucional oficial y generar intersticios en la propia estructura que jerarquiza los poderes y los saberes. Estos han implicado desde la producción etnográfica-antropológica, la acción experimental interdisciplinar médica-antropológica, el análisis fitoquímico y de producción agraria, hasta el desarrollo vinculado con el conocimiento, uso y conservación de la biodiversidad, entre otros.

La información sobre las características botánicas, formas de uso, propiedades terapéuticas, recolección y comercio de numerosas plantas medicinales del país se atestiguan en códices precolombinos; crónicas y relaciones coloniales; y estudios, colectas y registro-catalogación en los siglos XVI entre los que destacan Martín de la Cruz y Juan Badiano, Bernardino de Sahagún, Francisco Hernández, Gregorio López, Francisco Jiménez o Juan de Cárdenas; el XVIII con la Real Expedición Botánica; el XIX con la publicación de antecedentes

en los volúmenes del Instituto Médico Nacional -1888-1917-; así como de 1920-1930 y 1975 a la fecha.¹⁸ Sobresale la publicación de Aguirre Beltrán *Programas de salud en la situación intercultural*, INI, 1955. De la década de 1970 se puede acentuar el ejercicio sobre *Flora medicinal* que integró 14 plantas de tradición indígenas y otros estudios de aspecto regional, temporal y temáticamente definidos como la producción sobre las creencias y prácticas médicas por antropólogos en *Seis años de acción indigenista* (1970-1976) y los nueve números de *Medicina Tradicional* (1977-1980) publicitada como “la primera publicación en español dedicada íntegramente a ofrecer un panorama exhaustivo de los aspectos culturales, históricos y de investigación científica sobre las prácticas médicas populares del mundo”.¹⁹

Los proyectos e iniciativas en políticas públicas, instituciones y de la sociedad civil para llevar a cabo la realización de un inventario mayor y pormenorizado de las plantas medicinales de México y su empuje en materia de legislación y operatividad, no han tenido mucha fortuna ni la potencia requerida. Entre los antecedentes que sirvieron para ‘traer a serio’²⁰ esta temática a nivel nacional se encuentra: En la escala mundial: a) el ingreso de la República Popular China a la Organización de Naciones Unidas (ONU) en 1970 y su experiencia *al dar a conocer sus estrategias en el manejo de la atención primaria de la salud de los entonces casi 600 millones de chinos. Acupuntura, plantas medicinales, valoración y actualización de tradición milenaria, "médicos descalzos", técnicos comunales en salud, etc.*;²¹ b) el interés por el desarrollo disciplinar de la etnobotánica, etnofarmacología y etnomedicina; y c) la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud - Declaración de Alma Ata en 1978, además de la autorización del Programa de Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional que viera en el futuro "Salud para todos en el año 2000" y el documento 622 de la Serie de Informes Técnicos de la OMS (1978), principalmente. Un testimonio que engloba este impacto como positivo fue el de Abigail Aguilar, precursora y ex-directora del Herbario Nacional, actualmente se ubica en el Hospital Médico Siglo XXI, CDMX, a saber:

(...) Todos devalúan lo que tienen, especialmente en países como México donde hemos sido conquistados (...) hablando históricamente. Por eso, en el caso de México, hay un

¹⁸ Cf. DÍAZ, 1977; VIESCA, 1976; LOZOYA y LOZOYA, 1982; ARGUETA, 1987; LINARTES y cols. 1988; AGUILAR y cols, 1994, entre otros (BDMTM, 2009) y las publicaciones de Aguirre Beltrán (1987) concentradas en la publicación del Centro Interamericano de Estudios sobre Seguridad Social-CIESS (1987).

¹⁹ BIBLIOTECA DIGITAL DE LA MEDICINA TRADICIONAL MEXICANA (BDMTM), *Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2009. Recurso en línea.

²⁰ VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo, “El nativo relativo”, en *Ará. Revista de Antropología*, núm. 29, Misiones, Universidad Nacional de Misiones, 2016, ps. 29–69

²¹ LOZOYA, Xavier, “Medicina tradicional y salud en México”, en *Gaceta Médica de México*, vol. 123, noviembre-diciembre, México, IMSS, 1987, p. 139

complejo histórico en que todo lo que olía de plantas no valía nada. Investigadores médicos modernos no tuvieron mucho interés en ese tipo de recurso (...) hasta que oían lo que la OMS decía en los años 70. Eso pegó en muchos países, definitivamente pegó aquí, especialmente porque IMEPLAM ya estaba establecido.²²

En México, se llevó a cabo el Primer Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social en 1969, en representación de la Organización Panamericana de la Salud y se incorporó el tema de la medicina tradicional.²³ Se instauraba el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), 1972; la industria estatal Productos Químicos Vegetales Mexicanos (PROQUIVEMEX), 1973; el Instituto Mexicano de Investigaciones para la Industria Química Vegetal (IMIQUIVE), 1974; el Instituto de Investigaciones sobre los Recursos Bióticos (INIREB), 1975; y el Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales (IMEPLAM), 1975, como *alternativas para la investigación científica nacionalista y la producción agroindustrial por parte del estado de recursos de la rica flora económicamente útil del país.*²⁴ Desde lo sociocultural, en torno al Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) en su sección Morelos—Guerrero, se creó el Programa de Etnobotánica Medicinal y el Museo de la Medicina Tradicional en Cuernavaca, Morelos, 1977; el Programa de Medicina Tradicional, del Museo de las Culturas Populares, SEP, 1978; en la UNAM los proyectos de Investigación en Medicina Tradicional de la Cátedra de Historia de la Medicina en la Facultad de Medicina, 1978; en el Instituto de Investigaciones Antropológicas, 1978 y sobre etnobotánica en el Instituto de Biología y en la Facultad de Ciencias 1979, etc. Lo que sin duda fue un impulso y sentir en lo académico y político.

Vale la pena detenernos en el sexenio 1976-1982 y en la década de los ochenta, pues fue cuando se intentó la coexistencia disciplinar entre las ciencias de la salud, las naturales y las sociales a través de la creación de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) en 1977 en vinculación con el INI, posteriormente con el IMSS, con la finalidad de *conocer mejor el estado actual de la realidad de los grupos marginados en zonas deprimidas de la geografía patria.*²⁵ Ya en el binomio IMSS—COPLAMAR el primero

²² HAYDEN, Cori P., *When Nature Goes Public: The Making and Unmaking of Bioprospecting in Mexico*, Princeton, Princeton University Press, 2003. p. 113-114.

²³ (CMSS/OPS/69-2, CIESS, 1969). CIESS (Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social), *El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos*, México, CIESS, 1969, Recurso en línea.

²⁴ LOZOYA, Xavier, “Medicina tradicional y salud en México”, en *Gaceta Médica de México*, vol. 123, noviembre-diciembre, México, IMSS, 1987, p. 281–285.

²⁵ AGUIRRE BELTRÁN, Gonzalo, *Medicina tradicional y atención primaria. Ensayos en homenaje a Gonzalo Aguirre Beltrán*, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 159, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 1987. p. 32.

fue el responsable de diseñar el modelo de atención médica a implementar. A lo largo de esas dos décadas las instituciones y grupos participantes “fueron pasando por diversas etapas, a veces de consolidación, otras de extinción”.²⁶ En palabras de Zolla dicho vínculo fue decisivo ya que orientó una de las líneas fundamentales que el IMEPLAM había concebido: “el reconocimiento de la medicina tradicional, el desarrollo de sus recursos terapéuticos y de su función técnica y cultural que asistía a millones de mexicanos”.²⁷ Además de la inclusión de la Unidad de Medicina Tradicional y Herbolaria (UMTH) en el IMSS, fundada con el personal del IMEPLAM.²⁸ De aquí surgió el Programa de Interrelación de la Medicina Tradicional con prospección en Chiapas, estimado en tres etapas 1982-1983, 1984-1985 y 1985-1987. El escenario fue relevante tanto por la instauración del primer Centro Coordinador Indigenista que permitió el desarrollo teórico de las regiones interculturales (administración y elaboración precursora de Aguirre Beltrán), como porque contenía el 10% de las Unidades Médicas Rurales (UMR) del país, lo que permitiría una cobertura amplia en la aplicación de:

(...) encuestas y proponer las modalidades de vinculación de los médicos con los curanderos, parteras, hierberos, hueseros o rezadores de los cerros quienes, a partir de entonces, serían llamados “terapeutas tradicionales”. (...) ofrecía la posibilidad de pasar de “los estudios de caso”, de las etnografías limitadas a una etnia, un grupo de comunidades, incluso de un terapeuta o un “síndrome de filiación cultural” (término también inventado por nosotros), a obtener un registro de mucho mayor peso cuantitativo, cubriendo si no todo el Estado, al menos trescientos veintiún sitios y sus áreas de influencia.²⁹

Recordemos que en este periodo había una revaloración mundial sobre el concepto y las prácticas de la medicina tradicional y la articulación con la medicina occidental oficial. Las Instituciones de Seguridad Social de América Latina secundaban dicho movimiento, aprobaron por unanimidad en la 29a. Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, en Buenos Aires, 1985, la propuesta formulada por el Centro Interamericano de Estudios sobre la Seguridad Social (CIESS) de emprender un programa de investigación y promoción de la medicina tradicional en el Continente Americano. Se concretó el taller *El Futuro de la Medicina Tradicional en la atención a la Salud de los países Latinoamericanos*.³⁰ En 1985 se inauguró el Centro de

²⁶ LOZOYA, Xavier, “Medicina tradicional y salud en México”, en *Gaceta Médica de México*, vol. 123, noviembre-diciembre, México, IMSS, 1987, p. 142

²⁷ ZOLLA, Carlos, *Lo invisible es verde. El vidrio en el espejo*, México, 2015. p. 77

²⁸ *Idem*.

²⁹ *Ibidem*, p. 80

³⁰ CIESS (Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social), *El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos*, México, CIESS, 1987. Recurso en línea.

Investigación en Medicina Tradicional y Desarrollo de Medicamentos adscrito al IMSS, en Xochitepec, Morelos. La finalidad era contar con un campo experimental de cultivo de plantas medicinales y laboratorios para llevar a cabo una investigación químico-farmacológica y escalar a nivel industrial los medicamentos herbolarios del IMSS. En ese momento se establecieron vínculos con la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM) incentivando organizar una maestría en investigación de plantas medicinales, de donde emanó la tercera generación de investigadores de IMEPLAM y la UMTH.³¹ A pesar de este empeño a finales de 1988 se anunciaaba:

(...) que no era función del IMSS producir ningún tipo de medicamentos, ni cuadro básico de medicamentos herbolarios, ni nada por el estilo. A la nueva visión “técnica” del quehacer institucional le pareció que nuestro programa de investigación era una “competencia desleal” con la industria farmacéutica privada que, bien que mal, sostenía la terapéutica nacional del país y de la institución y que el salario de los trabajadores del sector cotizaba para la propia seguridad social. Se me dijo que las patentes y prototipos de medicamentos herbolarios generados en el IMSS debían ser desarrollados por la industria farmacéutica nacional o internacional, si realmente existía interés en ese tipo de mercado en el mundo globalizado. Que la industria farmacéutica decidiría.³²

Este esfuerzo multidimensional llegó políticamente al ocaso en el sexenio 1982-1988. No obstante, las iniciativas institucionales, académicas y sociales han continuado,³³ aunque sin ese auge presupuestal, al igual que el diálogo de saberes que se trenzó desde entonces en la interacción con la alteridad: indígena, curandero, hierbero, rezandero, ama de casa, partera, etc., y en el cruce disciplinar y técnico médico, antropológico, químico, biológico, entre otras.³⁴ Otro de los resultados de ese proceso fueron los datos en sí mismos que mostraban la interseccionalidad de conocimientos médicos en el mismo territorio, un ejemplo de ello a continuación:

(...) 3,132 médicos institucionales y 13,034 terapeutas tradicionales, en una relación de 4.1 a 1 (...) se hizo evidente la fuerza y la presencia de “los otros”, y asomaron no una sino varias “contradicciones secundarias”. La medicina tradicional aparecía así con territorios propios (el espacio doméstico y comunitario), idiomas propios (cientos de lenguas y dialectos), plantas propias (1,950 especies identificadas entre los 5,773 nombres

³¹ ZOLLA, Carlos, *Lo invisible es verde. El vidrio en el espejo*, México, 2015. p. 59-60.

³² *Ibidem*, p. 62-63.

³³ *Ibidem*, p. 88-89.

CAMPOS-NAVARRO, Roberto, “Enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México”, en CAMPOS-NAVARRO, Roberto (comp.), *Antropología médica e interculturalidad*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, McGraw-Hill Interamericana Editores, 2016, HARO, Armando, Seminario “Perspectivas de la fitoterapia y la medicina tradicional en México y su noroeste”, III parte, Hermosillo, El Colegio de Sonora, 2008. Recurso en línea y HARO, Jesús Armando. “Etnicidad y salud: Estado del arte y referentes del noroeste de México. Región y sociedad” [online]. 2008, vol.20, [citado 2025-12-10], p. 265-313.

³⁴ ZOLLA, Carlos, *Lo invisible es verde*, México, El vidrio en el espejo, 2015. p. 88-89.

de vegetales reportados por las propias delegaciones del IMSS y las más de tres mil unidades médicas rurales del IMSS-COPLAMAR a la UMTH) e, incluso, autoridad civil, religiosa y médica propia (a veces concentrada en un curandero, a la vez santón y policía). En fin, una cultura médica propia, esencialmente desconocida por el aparato médico institucional.³⁵

Además de las publicaciones ya clásicas producidas desde el IMEPLAM como el *Estado actual del conocimiento en plantas medicinales mexicanas* (Lozoya, 1976); *Índice y sinonimia de las plantas medicinales de México*, vol. 1, Monografías Científicas (Díaz, 1976); *Usos de las plantas medicinales de México* vol. 2, Monografías Científicas (Díaz, 1977); *Estudios sobre etnobotánica y antropología médica*, vol. 2 (Viesca, 1976), *Psicotrópicos de origen vegetal: sus implicaciones históricas y culturales* (Lozoya, 1976), *Bibliografía comentada de la medicina tradicional mexicana (1900-1978)*, vol. 3, Monografías Científicas (Ramírez, 1979), *Sabiduría popular: memorias de la primera Mesa Redonda de Folklore y Etnomusicología* (Ramírez y Casasa, 1983); entre otros trabajos, tesis y los propios contenidos de la revista *Medicina Tradicional*. De igual forma, la contribución en los avances de la investigación experimental, las preocupaciones médicas, sociales y políticas de la institución o las teorías que sustentaban el trabajo de campo en las etnociencias como la *Farmacodinamia de los extractos alcohólico y acuoso de la semilla de Casimiroa edulis* (Lozoya, Romero, Olmedo y Bondani, 1978) y *Aislamiento de una sustancia hipotensora en la semilla de Casimiroa edulis* (Lozoya, Rodríguez, Ortega y Enríquez, 1978) de los Archivos de Investigación Médica (1977- 1978); *Traditional Medicine in Latin America, with particular reference to Mexico* (Zolla, 1980) en el Journal of Ethnopharmacology; *Furocumarines in Casimiroa edulis* (Enríquez, Ortega y Joseph-Nathan (1981) en Phytochemistry; *La etnobotánica en el estudio de la medicina tradicional* (Zolla, 1979) en Estudios del Tercer Mundo – CEESTEM; *Traditional Medicine as an Alternative for Health en Third World Countries* (Lozoya y Zolla, 1981) en Social and Cultural Issues of the New International Economic Order; *Medicina tradicional en México* (Lozoya y Zolla (1982) en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana – OPS, entre otros.³⁶

El Centro de Investigación Biomédica del Sur (CIBIS) adscrito al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), remembranza de la Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Herbolaria, creada en 1981, y que se trasladó al municipio de Xochitepec, Morelos en 1985 ahí continua. Es un centro único en el país, de investigación multidisciplinaria en áreas de farmacología, fitoquímica, toxicología, biotecnología, diseño de medicamentos, cromatografía

³⁵ LOZOYA, Xavier y ZOLLA, Carlos (eds.), *La medicina invisible: introducción al estudio de la medicina tradicional de México*, México, Folios Ediciones, 1983. p. 96.

³⁶ ZOLLA, Carlos, *Lo invisible es verde. El vidrio en el espejo*, México, 2015. p. 65-68.

analítica e investigación clínica. Desarrolla procesos que van desde el cultivo de la planta hasta la producción del fitofármaco para la atención de la población.³⁷ No obstante, hay testimonios que manifiestan aún el descrédito de la labor y producción nacional realizada por parte de otros países, como el que expresó Miguel Antinori, autoridad del CIBIS en 2003, a saber:

En el norte [E.U.] solamente ven a México como una fuente de materiales crudos y decididamente no como colaboradores o socios en la investigación. ¿Por qué no ubican mucho más del proceso de desarrollo aquí? Porque no confían en la ciencia mexicana.³⁸

En 1992-2003 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) impulsó el Convenio de Diversidad Biológica con la participación de la Universidad de Arizona, sus socios farmacéuticos y la UNAM con un equipo de investigación interdisciplinaria en materia de plantas medicinales, encabezado por el etnobotánico Robert Bye. El financiamiento fue por parte del National Institutes of Health (NIH), a través del International Cooperative Biodiversity Group (ICBG), E.U. El tema en lo general fue la bioprospección, es decir, se intentó integrar los conocimientos etnobotánicos con plantas tradicionales mexicanas facilitadas por comunidades locales y redistribuir con ellas ciertas ganancias, en virtud de la potencia activa de aquellas. Esta iniciativa evidentemente tenía el sustrato de la ideología neoliberal, que asumía que las plantas y los conocimientos asociados tenían autores, conservacionistas y beneficiarios claramente identificados. Lo que evidentemente dificultó la metodología nacional que utilizaba los referentes sistematizados por científicos mexicanos y la práctica popular y tradicional ancestral.³⁹ Al respecto, Bye señaló que:

(...) las plantas medicinales constituyen un «legado común» [...] las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y organizaciones de productores locales deben ser vistos como interlocutores apropiados en vez de, por ejemplo, curanderos locales [...] Por eso, en lugar de lo que pudieramos llamar el modelo de bioprospección tipo «aprendiz del chamán», Bye no buscó los «autores» o «dueños» de algo llamado conocimiento tradicional como sus «participantes locales» sino el nuevo tipo de empresa de comunidad [...] pequeñas empresas artesanales, iniciativas comunitarias de educación, cooperativas dedicadas a cultivar y comercializar plantas medicinales para mercados locales y regionales.⁴⁰

³⁷ CIBIS (Centro de Investigación en Bioseguridad del IMSS), *Página de inicio*, México, 2022. Recurso en línea, consultado en 2022.

³⁸ HAYDEN, Cori P., *When Nature Goes Public: The Making and Unmaking of Bioprospecting in Mexico*, Princeton, Princeton University Press, 2003. p. 115

³⁹ DOUGLAS, Sharon y BUSSMANN, Rainer W., “Two decades of ethnobotanical research in Southern Ecuador and Northern Peru”, en *Ethnobiology and Conservation*, vol. 3, 2014. Recurso en línea.

⁴⁰ *Ibidem*, p. 428-429.

Hace más de treinta años en el Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) se impulsó el proyecto de *Etnobotánica y partería* en el Jardín Etnobotánico, con la gestión de Margarita Avilés, quien sigue colaborando con la Red de parteras en Morelos. Alrededor del 2004 en la UNAM se creaba el Programa Universitario México, Nación Multicultural y la rectoría recibía a 25 líderes indígenas del continente en Ciudad Universitaria y redactores y firmantes de la Declaración de Tepoztlán, además suscribía el Pacto del Pedregal en el que se destacaba la Evaluación del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo 1995-2004 y la elaboración de indicadores sobre bienestar y desarrollo culturalmente adecuados, en donde uno de los puntos era la medicina herbolaria.⁴¹ No obstante, en la participación del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas, sede de la ONU- Nueva York, hubo reclamos por parte de los grupos originarios por el ‘etnocidio estadístico’, la invisibilidad de sus culturas y aportes al desarrollo; la falta de derechos humanos ante el trabajo, el empleo, las remesas monetarias indígenas desde los Estados Unidos o Canadá a los países de origen; el desprecio y desconsideración hacia los saberes ancestrales, declaraciones, proclamas y proyectos para ‘el buen vivir’, así como de la medicina tradicional y de la herbolaria medicinal.⁴²

En el 2014 se consolidó el Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad, aún vigente con los siguientes propósitos: realizar, promover y coordinar investigaciones disciplinarias o interdisciplinarias de carácter teórico, metodológico y aplicado sobre problemas sociales de México y otras regiones, en el marco de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad que produzcan y aporten nuevos conocimientos a las humanidades y las ciencias sociales, así como la plena comprensión de las estructuras sociales fundamentales, comunitarias o familiares, de la Nación mexicana.

Desde la investigación participativa destaca el empuje de El Colegio de Sonora (COLSON) en el rescate y la devolución de saberes sistematizados en materia fitoterapéutica y de tradición originaria en el norte de México. Se creó un acervo documental y electrónico, con más de 500 registros para especies vegetales. Se implementaron los seminarios *Perspectivas de la fitoterapia y la medicina tradicional en México y su noroeste*, ya en su tercera parte; el proyecto *Etnobotánica en el noroeste. De los saberes del monte a un programa de capacitación e investigación en herbolaria y medicina tradicional*; y el

⁴¹ LOZOYA, Xavier y ZOLLA, Carlos (eds.), *La medicina invisible: introducción al estudio de la medicina tradicional de México*, México, Folios Ediciones, 1983. p. 87.

⁴² *Ibidem*, p. 87.

concurso ‘Saberres del Monte’ que se efectuó con el pueblo guarjío entre 2016 y 2019, al que se le regresó la recopilación de los saberes recopilados en una gran variedad de fuentes.

En 2021 el CONACYT aprobó el proyecto *Medicina Tradicional y Herbolaria del Norte de México* (2022-2024), que planea trabajar con los pueblos guarjío-makurawe, mayo-yoreme, seri-comcáac y yaqui-yoeme, llevar a cabo un diplomado y tres encuentros con médicos tradicionales, como principales insumos para efectuar investigación, aplicación e incidencia en el tema de la herbolaria y la medicina tradicional. También dicen se colabora con la Secretaría de Salud en la Comisión Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (CPFEUM) y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) en la elaboración de fascículos herbolarios de los pueblos indígenas del noroeste.⁴³ De igual manera, está el trabajo de recuperación de la medicina tradicional en el valle del Mayo por parte del Centro de Estudios en Salud y Sociedad en vinculación con Cobanaras Federación, diferentes asociaciones y El Colegio de Sonora, logrando hasta el momento un registro de 76 médicos tradicionales (57 mujeres y 19 varones) en las localidades de municipios como Navojoa, Etchojoa, Álamos y Benito Juárez. Resultado de este trabajo participativo fue la publicación *Manos que curan: don, aprendizaje y destino* con el apoyo del Fondo de Acción Solidaria, Fondo Semillas y The Christensen Foundation.⁴⁴

En nuestros días la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM) tiene el Centro de Investigación en Biotecnología (CEIB) con laboratorios que desarrollan las bases científicas para el conocimiento integral de plantas medicinales mexicanas, que se detallará en el siguiente subapartado.

Reconociendo la falta de exhaustividad en esta breve historia, advertiremos por último algunas de las contribuciones institucionales como la promoción de la sustentabilidad en el uso de plantas medicinales que lleva a cabo la Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad⁴⁵ y el Instituto Nacional de Investigaciones Forestales, Agrícolas y Pecuarias

⁴³ (Haro, 2022)

⁴⁴ CASTRO LUQUE, Ana Lucía, “Es importante recuperar la medicina tradicional en el Valle del Mayo”, en *Colson Edu*, México, El Colegio de Sonora, 2022. Recurso en línea.

⁴⁵ CONABIO (Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad), *Proceso de revisión de los ejemplares del SNIB*. Versión 2017-12, México, CONABIO, 2017. Recurso en línea.

(INIFAP) desde el 2017;⁴⁶ así como en la Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural.⁴⁷ La identificación de 150 especies de plantas medicinales vivas en un costado de la plataforma del Palacio del Gobernador, Zona Arqueológica de Uxmal, Yucatán por parte del INAH en 2015.⁴⁸ El impulso para el establecimiento de Jardines Etnobiológicos en varios estados incluidos Guerrero, Cd. de México, Morelos, Estado de México, Oaxaca, etcétera por parte de la actual Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI), a través del Comité Técnico y de Administración del Fondo Institucional de Fomento Regional para el Desarrollo Científico, Tecnología y de Innovación (FORDECYT), 2018-2024.⁴⁹ Sin duda, las organizaciones de la sociedad civil también han hecho una ardua labor, como la Red Latinoamericana por la Defensa del Patrimonio Biocultural, Asociación Mexicana de Jardines Botánicos, entre otras.

Plantas medicinales en Morelos.

El estado es el cuarto productor de plantas medicinales a nivel nacional, 8 de cada 10 habitantes acuden con un curandero y sin duda ha avanzado también en el reconocimiento legal de dicha actividad.⁵⁰ Hay aproximadamente mil plantas medicinales, de las cuales 100 están registradas. Si bien, el conocimiento de las propiedades herbales medicinales se ha mantenido a través de milenios entre la diversidad pluriétnica y multicultural de los pueblos originarios y mestizos, éste se complementa con los análisis de los principios activos investigados en las plantas. No obstante, para mantener la coexistencia en salud de los beneficios fitoquímicos y del conocimiento indígena y popular es indispensable hacer un manejo sustentable de este tipo de plantas y de los ecosistemas en donde se desarrollan.⁵¹

⁴⁶ CONABIO (Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad), *Plantas medicinales*, México, CONABIO, 2022. Recurso en línea.

⁴⁷ AGRICULTURA (Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural), “Erick y Ana Laura: un orgullo de la Ciudad de México”, en *Agricultura*, México, 2022. Recurso en línea.

⁴⁸ HUCHIM, José, “Identifican 150 especies de plantas medicinales vivas en la plataforma del Palacio del Gobernador”, en *Boletín INAH*, México, INAH, 2015. Recurso en línea.

⁴⁹ (CONACYT, 2022)

⁵⁰ México tiene una antigua tradición en el uso de recursos herbolarios. Actualmente el 80% de la población mexicana utiliza plantas medicinales de manera frecuente. Se tiene un extenso inventario, lo que la ubica como primera en América Latina y el Caribe y segunda en el orden mundial después de China (Zolla, 2012). Aproximadamente 3,000 están registradas en el Herbario del IMSS de las más de 4,500 especies estimadas. Sin embargo, sólo se ha realizado el análisis farmacológico del 5% y de las 250 especies comercializadas de manera cotidiana más del 85% provienen de la recolección sin planes de manejo sustentables (CONABIO, 2020; Bye, 1995; Tapia, 2018)

⁵¹ WINK, Michael, “Modes of action of herbal medicines and plant secondary metabolites”, en *Medicines*, vol. 2, 2015, p. 251–286.

Algunos datos significativos son: 15 organizaciones sociales registradas promueven el uso de herbolaria medicinal, existen más de 2,000 comercios matriculados como tiendas naturistas y herbolarias y alrededor de 1,500 consultorios funcionando en varias comunidades.⁵² De acuerdo con la Federación Nacional de la Industria Herbolaria Medicina Tradicional Alternativa y Naturista dicha actividad genera, aproximadamente, 100 millones de pesos anuales y 20,000 empleos entre el trabajo agrario de la milpa y de recolección campesina, fabricantes, distribuidores y terapeutas. Actualmente, son cerca de 2,000 hectáreas que se destinan al cultivo de este tipo de plantas, particularmente en los municipios Mazatepec, Miacatlán, Xochitepec, Ayala, Axochiapan, Jonacatepec, Tetela del Volcán y Temoac. La recolección etnobotánica se lleva a cabo en Axochiapan, Tepalcingo, Ayala, Cuautla, Mazatepec, Miacatlán y Xochitepec. Y recolección, producción, uso y práctica de la herbolaria y medicina tradicional en las zonas poniente, oriente y alta del estado.⁵³ De acuerdo con la CONABIO y la FNIHMTAN entre las principales plantas endémicas cultivadas en Morelos son el coachalalate, coatecomate y tepezcohuite, además de cola de caballo, albahaca, tomillo, moringa, estevia y sábila.⁵⁴ La extracción de plantas medicinales de su hábitat nativo puede tener impactos negativos en las comunidades naturales, pero cuando se emplean métodos sustentables de recolecta se contribuye a la conservación de ecosistemas. Incluso, las plantas cultivadas en los huertos de traspatio apoyan la conservación de las especies.⁵⁵

Entre los esfuerzos institucionales que datan de tiempo atrás y que siguen contribuyendo desde diversas disciplinas al tema que nos ocupa en el estado de Morelos, se encuentra el Centro de Investigación Biomédica del Sur (CIBIS) adscrito al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que se reubicó en Xochitepec, Morelos en 1985, el cual emanó de la Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Herbolaria instituida en la Ciudad de México en 1981, cuya función y alcance se señaló en el apartado anterior.

También con una genealogía de más de 30 años, se halla el programa de investigación *Etnobotánica, salud y partería* y el de *Propagación-Herbario* creados por el Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) que dan sustrato y sustento al Jardín Etnobotánico fundado por

⁵² TAPIA, Francisco, “Prácticas curativas y plantas medicinales: un acercamiento a la etnomedicina de San Nicolás, México”, en *Ciencias Agropecuarias y Biotecnología*, 2018.

⁵³ *Idem* y FNIHMTAN, 2020.

⁵⁴ FNIHMTAN, 2020.

⁵⁵ CONABIO (Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad), *Proceso de revisión de los ejemplares del SNIB*. Versión 2017-12, México, CONABIO, 2017. Recurso en línea.

Bernardo Baytelman en 1976. Actualmente permanece abierto al público, activo en redes sociales y comunitariamente con visitas guiadas y otros servicios y actividades que ofrece el área de comunicación educativa, entre las que destacan la elaboración de preparados medicinales y artesanales (pomadas, tinturas, jarabes, geles, alcoholatos) y la propagación de plantas medicinales, hortalizas y crassulaceas, principalmente. El Jardín Etnobotánico se considera el más importante de América Latina por las características de su colección, consolidación y documentación, cuenta con un universo de alrededor de 950 especies, endémicas y otras provenientes de Asia, Europa y África. Tiene seis colecciones: ornamental, de la selva baja caducifolia, plantas alimenticias y de condimento, xerófitas, orquídeas silvestres y la Colección Nacional de Plantas Medicinales, con cerca de 540 especies de todo el país, de las cuales 75 están en peligro de extinción, lo que promueve el valor de la riqueza patrimonial de las plantas medicinales en sus diferentes usos: rituales, medicinales, artesanales y culturales.⁵⁶

Los programas académicos y de formación superior en Fitoterapia clínica que se impulsaron desde la medicina endobiogénica, con ‘Cursos monográficos’ enfocados a la obesidad, diabetes, asma, menopausia, hiperuricemia (triglicéridos y colesterol elevados), hiperlipidemia (gota) y afecciones respiratorias y urinarias, que se realizaron en 2007-2008, así como el curso *La aplicación de plantas medicinales en la terapéutica de enfermedades comunes*. Coordinados e impartidos por el INAH Morelos, a través de Actores sociales de la flora medicinal en México y Museo de la Medicina Tradicional y Herbolaria, el Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM, el Colegio de Sonora, la Sociedad Internacional de Medicina Endobiogénica y Fisiología Integrativa (SIMEPI) y la Embajada de Francia en México.⁵⁷ En 2025 se han aprobado distintos proyectos de investigación-divulgación- incidencia, en vinculación CINAH-Morelos y SECIHTI.

De igual manera, la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM) también contribuye desde la academia y el referente de expertise técnico con el tema en cuestión. El

⁵⁶ INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA (INAH), *Ponderan patrimonio etnobotánico en antropología*, México, INAH, 2012. Recurso en línea.

PARRILLA, A. L., “Preserva INAH herbario”, en *Boletín INAH*, México, INAH, 2008. Recurso en línea.
SALAZAR, Lizandra, “El INAH preserva 75 plantas medicinales en peligro de extinción”, en *Boletín INAH*, México, INAH, 2014. Recurso en línea.

⁵⁷ INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA (INAH), *Medicina tradicional*, México, INAH, 2008. Recurso en línea.

SOCIEDAD MEXICANA DE FITOTERAPIA CLÍNICA A. C. (SOMEFICAC), Programa de formación superior en fitoterapia, México, 2014. Recurso en línea.

Centro de Investigación en Biotecnología tiene laboratorios que desarrollan las bases científicas para el conocimiento integral de plantas medicinales mexicanas a través del trabajo multidisciplinario en farmacología, fitoquímica, metabolómica, tecnología farmacéutica y biotecnología; con dos líneas de generación del conocimiento: Estudios integrales de plantas medicinales: aspectos biológicos, químicos y biotecnológicos y Actividad biológica de compuestos naturales y antropogénicos. Una maestría en Investigación y desarrollo de plantas medicinales con tres líneas de generación y aplicación del conocimiento: Etnobotánica, etnomedicina y vinculación para el desarrollo social y aprovechamiento de las plantas medicinales; Desarrollo, control de calidad y regulación de suplementos, remedios y medicamentos a partir de plantas medicinales; y Biotecnología y agrotecnologías de cultivos de interés medicinal. Asimismo, en la Facultad de Enfermería se implementa el diplomado *Plantas medicinales, conocimiento científico y saberes tradicionales*.

No omito señalar que en una exploración inicial se encontró el registro y la descripción detallada de más de 40 plantas medicinales que se producen, recolectan y utilizan en el estado de Morelos, aporte de la investigación transdisciplinar recurrente, el análisis, interpretación y sistematización de experiencias y prácticas expuestas por parte de las instituciones y organizaciones gubernamentales, académicas y sociales, así como desde los conocimientos tradicionales y populares, locales y regionales.

De tal manera, como se observa en esta breve reflexión e interpretación, la problematización del tema que nos ocupa viene de larga aliento y hasta la fecha sigue la discusión y el esfuerzo por comprender, estudiar y poner en marcha alternativas clínicas, comunitarias y populares para ‘traer a serio’ la relevante persistencia de la medicina tradicional y la herbolaria mexicana y su complemento dialéctico con la medicina alopática y otras alternativas. Pues como se advirtió, los servicios de salud del país no han podido cubrir varios de los sectores de la población en general y en particular la marginal y racializada que habita contextos urbanos, rurales, campesinos y étnicos, por falta de atención de primer, segundo y tercer nivel, que se desdobra en carencia y/o ausencias de unidades médicas rurales, centros de salud, unidades de medicina familiar, clínicas y/o hospitalares. Pero también por la permanencia y constancia de atención y servicios por parte de la medicina doméstica, popular y tradicional asociada a la fitoterapia, misma que habría que proteger de patentes privadas en búsqueda de ‘terapias verdes’ que despojen este conocimiento y práctica del ámbito público local, regional y nacional, tal como

ha sucedido con otros elementos del patrimonio cultural de territorios étnicos. Además, para promover procesos autogestivos y de autoatención preventiva y curativa, así como emprender una epidemiología comunitaria y popular que permita generar indicadores desde la base social misma.

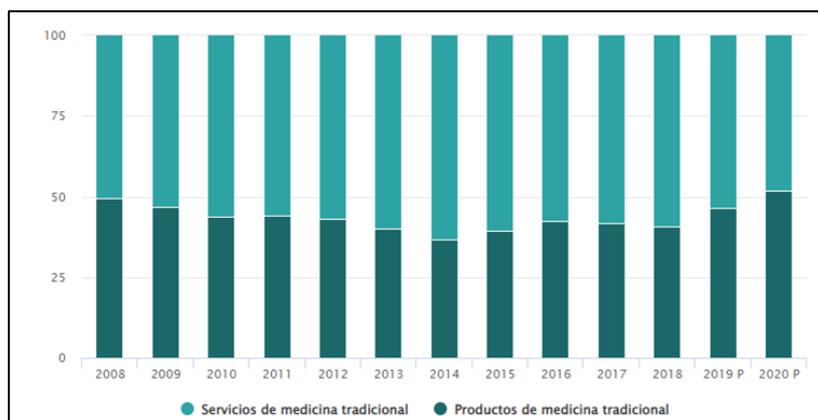
V. Reflexión final

Si bien se habla de respeto y valoración de la diversidad cultural y su enlace con la salud, en términos de la vida pública institucional derivada de una legislación global que promueve convenios internacionales que posteriormente se ratificarán en las naciones, incluso sobre la especificidad de medicinas tradicional y herbolaria en el país, la instrumentación efectiva sigue siendo incipiente, así como los esfuerzos de interculturalidad que hasta el momento han intentado mejorar el acceso a los servicios biomédicos para la población con matiz étnico y aquella que se encuentra en nodos territoriales precarizados, en pobreza, pobreza extrema y al margen de la urbanización. Sin olvidar mencionar la desatención de tipo alopática en estos escenarios por falta de infraestructura e insumos, presupuesto y negligencia del sistema hegemónico de salud, inclusive por desinterés de algunos médicos, cuya situación tampoco se descarta del engranaje de precariedad laboral y social.

Sin embargo, la historicidad y la potencia que tienen las medicinas tradicionales no sólo para las personas de tradición étnica u originaria se han puesto en valor sociocultural y económico en las esferas de lo local, municipal, regional, nacional y global, a propósito de la sindemia del SARS-Cov-2 y los síntomas a partir del COVID-19. En el caso mexicano la reconversión hospitalaria y la emergencia sanitaria apuntó no sólo los beneficios terapéuticos alternativos y herbolarios y el costo-beneficio, sino la atención otorgada a personas con padecimientos de tipo viral y otros síntomas asociados con COVID y con malestares cotidianos que no pudieron ser atendidos en el sistema oficial de salud, así como a mujeres embarazadas en los estados del país. Otro ejemplo es la posibilidad de advertir la coexistencia de las medicinas biomédica y tradicional entre la población censada, a partir del esfuerzo estadístico de distribución porcentual anual sobre el sector salud y su participación en la economía nacional que se registra desde el 2008.⁵⁸ Véase Gráfica 1.

⁵⁸ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI), *Salud. Distribución porcentual del gasto de los hogares en medicina tradicional*, México, INEGI, 2020. Recurso en línea

Gráfica 1. Gasto de los hogares en medicina tradicional.

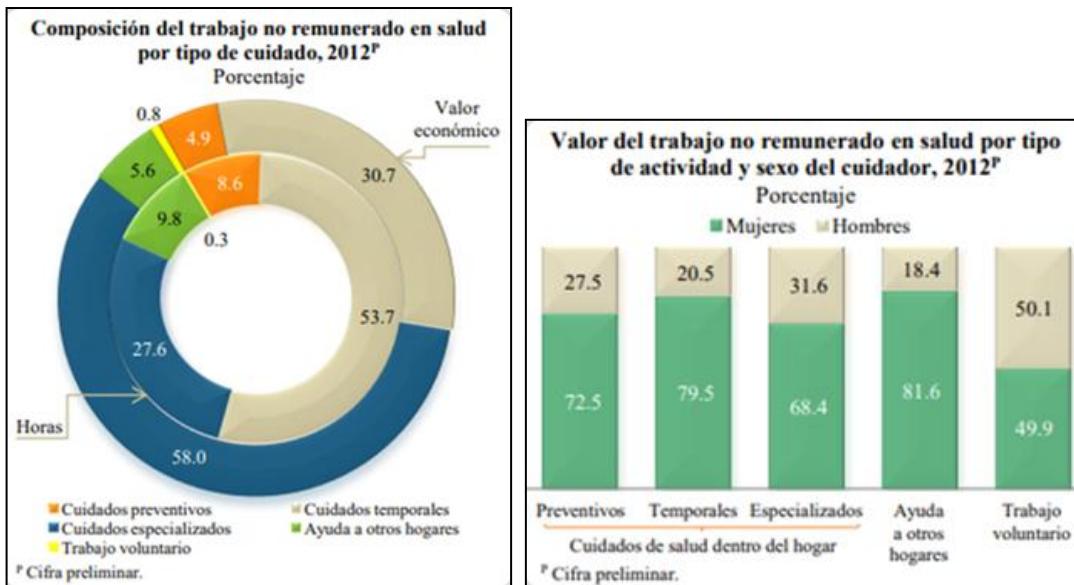


Fuente: INEGI, 2020.

También, un elemento más son los datos que muestran: de cada \$100 pesos que mexicanas(os) destinaron a la adquisición de servicios y productos de medicina tradicional, \$54 se utilizaron para el pago de curanderos, chamanes, parteras, hueseros, entre otros servicios en el año 2012; y el resto en la compra de *hierbas medicinales, remedios caseros y medicamentos naturistas*. Asimismo, cuando el trabajo no remunerado de cuidados de salud se desagrega por tipo: preventivo, en enfermedad y especializados, refleja que el 54% del tiempo total se destina a la asistencia de enfermos temporales portos, fiebre, infección estomacal, entre otros; mientras que los cuidados a enfermos crónicos o con alguna limitación física o mental son la segunda actividad más importante, con 3 de cada 10 horas de cuidados de salud. En términos monetarios, los cuidados especializados tienen el mayor peso económico, con 58% del total, debido a que el precio de estos servicios en el mercado es mayor al utilizado para valorar las horas de cuidados temporales.⁵⁹ Véase Gráfica 2.

⁵⁹ Idem.

Gráfica 2. Trabajo no remunerado en salud.



Fuente: INEGI, 2012.

De igual manera, es importante considerar el incremento en el gasto anual de los hogares en varios servicios de salud, entre ellos los medicamentos alópatas y los asociados a la medicina tradicional, junto con las actividades no remuneradas de reproducción social, cuidado de la vida y de los enfermos que se llevan a cabo en el ámbito doméstico, por el peso que esto tiene sobre el estado de salud de las personas. En este sentido, análisis demográficos se podrían reforzar con aquellos cualitativos y desde los aportes de la epidemiología sociocultural. Por tanto, la investigación sobre la fitoterapia a través de la clínica, la fitoquímica, los estudios epidemiológicos en clave sociocultural y los antropológicos en salud, así como el actual reconocimiento de la eficacia terapéutica, posibilitan el sentido y la pertinencia de esfuerzos desde la interculturalidad crítica en salud. Con la finalidad de empujar una resignificación transcultural y popular de estos saberes en salud, con acento en la herbolaria: uso y recomendación clínica y autogestiva.

VI. Bibliografía

- AGRICULTURA (Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural), “Erick y Ana Laura: un orgullo de la Ciudad de México”, en *Agricultura*, México, 2022. Recurso en línea.
- AGUIRRE BELTRÁN, Gonzalo, *Los programas de salud en la situación intercultural*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 1955.
- AGUIRRE BELTRÁN, Gonzalo, Medicina tradicional y atención primaria. Ensayos en homenaje a Gonzalo Aguirre Beltrán, *Cuadernos de la Casa Chata*, núm. 159, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 1987.
- ANZURES Y BOLAÑOS, María del Carmen, Medicina tradicional y cultura, México, Escuela Superior de Medicina, 1987.
- BIBLIOTECA DIGITAL DE LA MEDICINA TRADICIONAL MEXICANA, *Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2009. Recurso en línea.
- BYE, Robert, “Medicinal plants of the Sierra Madre: comparative study of Tarahumara and Mexican market plants”, en *Economic Botany*, vol. 40, núm. 1, 1986.
- CAMPOS-NAVARRO, Roberto, “Enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México”, en CAMPOS-NAVARRO, Roberto (comp.), *Antropología médica e interculturalidad*, México, Universidad Nacional Autónoma de México / McGraw-Hill Interamericana Editores, 2016.
- CASTRO LUQUE, Ana Lucía, “Es importante recuperar la medicina tradicional en el Valle del Mayo”, en Colson Edu, México, El Colegio de Sonora, 2022. Recurso en línea.
- CIBIS (Centro de Investigación en Bioseguridad del IMSS), Página de inicio, México, 2022. Recurso en línea.
- CIESS (Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social), *El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos*, México, CIESS, 1969, 1987. Recurso en línea.
- CINAHM (Colegio de Investigadores de Antropología Médica y de la Salud), *Página de Facebook*, 2022. Recurso en línea.
- CONABIO (Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad), *Proceso de revisión de los ejemplares del SNIB*. Versión 2017-12, México, CONABIO, 2017. Recurso en línea.
- CONABIO (Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad), *Plantas medicinales*, México, CONABIO, 2022. Recurso en línea.

DÍAZ, José Luis, *Usos de las plantas medicinales de México*, Monografías científicas, núm. 2, México, Instituto Mexicano de Plantas Medicinales, 1977.

DOF (Diario Oficial de la Federación), *Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, México*, Gobierno de México, 1989.

DOF (Diario Oficial de la Federación), Ley General de Salud, México, Gobierno de México, última actualización 2021.

DOUGLAS, Sharon y BUSSMANN, Rainer W., “Two decades of ethnobotanical research in Southern Ecuador and Northern Peru”, en *Ethnobiology and Conservation*, vol. 3, 2014. Recurso en línea.

DUCH, Lluís, Antropología de la vida cotidiana. *Simbolismo y salud*, Madrid, Trotta, 2002.

FEDERACIÓN NACIONAL DE LA INDUSTRIA HERBOLARIA MEDICINA TRADICIONAL, ALTERNATIVA Y NATURISTA, *Regulación sanitaria*, México, 2020. Recurso en línea.

FREYERMUTH, Graciela y SESIA, Paola, “Del curanderismo a la influenza aviar: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica”, en *Desacatos*, núm. 20, México, CIESAS, 2006.

HARO, Armando, Seminario “Perspectivas de la fitoterapia y la medicina tradicional en México y su noroeste”, III parte, Hermosillo, *El Colegio de Sonora*, 2008. Recurso en línea.

HARO, Jesús Armando. Etnicidad y salud: Estado del arte y referentes del noroeste de México. *Región y sociedad* [online]. 2008, vol.20, n.spe2 [citado 2025-12-10].

HAYDEN, Cori P., *When Nature Goes Public: The Making and Unmaking of Bioprospecting in Mexico*, Princeton, Princeton University Press, 2003.

HUCHIM, José, “Identifican 150 especies de plantas medicinales vivas en la plataforma del Palacio del Gobernador”, en *Boletín INAH*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2015. Recurso en línea.

INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA (INAH), *Medicina tradicional*, México, INAH, 2008. Recurso en línea.

INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA (INAH), *Ponderan patrimonio etnobotánico en antropología*, México, INAH, 2012. Recurso en línea.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI), *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*, México, INEGI, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI), *Salud. Distribución porcentual del gasto de los hogares en medicina tradicional*, México, INEGI, 2020. Recurso en línea

KLEINMAN, Arthur, *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*, Nueva York, Basic Books, 1988.

LAGARRIGA, Isabel, “Las enfermedades tradicionales regionales”, en ORTIZ, Silvia (coord.), *La medicina tradicional en el norte de México*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2000.

LÓPEZ AUSTIN, Alfredo, “Conjuros médicos de los nahuas”, en *Revista de la Universidad de México*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, núm. 24 (11), 1970.

LÓPEZ AUSTIN, Alfredo, *Textos de medicina náhuatl*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 1993.

LOZOYA, Xavier y LOZOYA, Mariana, *Flora medicinal de México: plantas indígenas*, México, IMSS, 1982.

LOZOYA, Xavier, “Estado actual del conocimiento en plantas medicinales mexicanas”, en *Monografías científicas*, núm. 2, México, IMPM, 1976.

LOZOYA, Xavier, “Medicina tradicional y salud en México”, en *Gaceta Médica de México*, vol. 123, noviembre-diciembre, México, IMSS, 1987.

LOZOYA, Xavier y ZOLLA, Carlos (eds.), *La medicina invisible: introducción al estudio de la medicina tradicional de México*, México, Folios Ediciones, 1983.

MENÉNDEZ, Eduardo, “Cuestiones metodológicas sobre antropología e interculturalidad”, en CAMPOS-NAVARRO, Roberto (comp.), *Antropología médica e interculturalidad*, México, Universidad Nacional Autónoma de México; McGraw-Hill; Interamericana Editores, 2016a.

MENÉNDEZ, Eduardo, “Modelos hegemónicos, subalterno y de autoatención”, en CAMPOS-NAVARRO, Roberto (comp.), *Antropología médica e interculturalidad*, México, Universidad Nacional Autónoma de México; McGraw-Hill; Interamericana Editores, 2016b.

MENÉNDEZ, Eduardo, “Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos”, en CAMPOS-NAVARRO, Roberto (comp.), *Antropología médica e interculturalidad*, México, Universidad Nacional Autónoma de México; McGraw-Hill; Interamericana Editores, 2016c.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Organización Mundial de la Salud*, 1979. Recurso en línea.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU), *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas*, 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Organización Mundial de la Salud*, 2015. Recurso en línea.

PARRILLA, A. L., “Preserva INAH herbario”, en *Boletín INAH*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2008. Recurso en línea.

PEDERSEN, Paul, “Multiculturalism as a generic approach to counseling”, en *Journal of Counseling and Development*, vol. 70, núm. 1, 1991.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD), *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*, 2015. Recurso en línea.

RAMÍREZ MORALES, Axel, *Bibliografía comentada de la medicina tradicional mexicana (1900–1978)*, México, Monografías científicas, núm. 3, 1978.

RAMÍREZ MORALES, Axel y CASADA, Patricia, *Sabiduría popular: memorias de la primera Mesa Redonda de Folklore y Etnomusicología*, México, El Colegio de Michoacán A. C., 1983.

SALAZAR, Lizandra, “El INAH preserva 75 plantas medicinales en peligro de extinción”, en *Boletín INAH*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2014. Recurso en línea.

SECRETARÍA DE SALUD, *Sexto informe de labores*, Dirección General de Evaluación del Desempeño, México, 2012.

SOCIEDAD MEXICANA DE FITOTERAPIA CLÍNICA A. C. (SOMEFICAC), *Programa de formación superior en fitoterapia*, México, 2014. Recurso en línea.

SECRETARÍA DE SALUD (SSA), *Modelos de Unidades Médicas*, México, SSA, 2006.

TAPIA, Francisco, “Prácticas curativas y plantas medicinales: un acercamiento a la etnomedicina de San Nicolás, México”, en *Ciencias Agropecuarias y Biotecnología*, 2018.

VIESCA, Carlos, Psicotrópicos de origen vegetal: sus implicaciones históricas y culturales, en *Estudios sobre etnobotánica y antropología médica*, núm. 2, México, 1976.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo, “El nativo relativo”, en *Avá. Revista de Antropología*, núm. 29, Misiones, Universidad Nacional de Misiones, 2016.

WALSH, Catherine, “Interculturalidad crítica y educación intercultural”, en VIAÑA, Jorge; TAPIA, Luis y WALSH, Catherine (eds.), *Construyendo interculturalidad crítica*, La Paz, Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello, 2010.

WALSH, Catherine (ed.), *Pedagogías decoloniales: prácticas insurgentes de resistir, (re)existir y (re)vivir*, Tomo I, Quito, Ediciones Abya-Yala, 2013.

WINK, Michael, “Modes of action of herbal medicines and plant secondary metabolites”, en *Medicines*, vol. 2, 2015.

ZOLLA, Carlos, *La etnobotánica en el estudio de la medicina tradicional*, México, CEESTEM, 1979.

ZOLLA, Carlos, “Traditional medicine in Latin America, with particular reference to Mexico; Furocumarines in Casimiroa edulis”, en *Journal of Ethnopharmacology*, 1980.

ZOLLA, Carlos, *Diccionario encyclopédico de la medicina tradicional mexicana*, México, Instituto Nacional Indigenista, 1993.

ZOLLA, Carlos, “La medicina tradicional, fundamental para la salud del mexicano”, en *Boletín UNAM DGCS*, núm. 431, 2012.

ZOLLA, Carlos, *Lo invisible es verde*, México, El vidrio en el espejo, 2015.

ZOLLA, Carlos; CAMPILLO SAINZ, Carlos y DEL BOSQUE ARAUJO, Sofía, *Medicina tradicional y enfermedad*, México, CIESS, 1987.

ZOLLA, Carlos; DEL BOSQUE, T, et al., *Medicina tradicional y enfermedad*, México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, 1988.

ZOLLA, Carlos y SÁNCHEZ, Carolina, “Sistema real de atención a la salud en México”, en CAMPOS-NAVARRO, Roberto (comp.), *Antropología médica e interculturalidad*, México, UNAM, Facultad de Medicina; McGraw-Hill Interamericana, 2016.