

LA COOPERACIÓN SANITARIA CHINA-AMÉRICA LATINA: ACTORES, SABERES Y PRÁCTICAS EN LA RUTA DE LA SEDA DE LA SALUD

CHINA-LATIN AMERICA HEALTH COOPERATION: ACTORS, KNOWLEDGE, AND PRACTICES IN THE HEALTH SILK ROAD

Florencia Incauragarat

Dra. en Antropología Social (EIDAES/UNSAM), Mg. en Salud Pública (Tsinghua University). Becaria posdoctoral de CONICET, docente universitaria de grado y posgrado (UNMdP/UNQ). Correo electrónico: flor.incauragarat@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.62174/24.11336>

Recibido con pedido de publicación: 28 de abril de 2026

Aceptado para publicación: 26 de mayo de 2026

Resumen

El presente artículo analiza la cooperación sanitaria entre China y América Latina en el marco de la Ruta de la Seda de la Salud desde una perspectiva antropológica centrada en el pluralismo médico. Se parte de la premisa de que estos intercambios exceden los niveles estrictamente diplomáticos o técnico-sanitarios y se configuran como procesos sociales situados, atravesados por la circulación de saberes médicos, insumos terapéuticos, prácticas de cuidado y disputas de legitimidad entre modelos de atención diversos. Para ello, se articulan distintos planos de análisis complementarios: experiencias regionales de incorporación de la Medicina Tradicional China (MTC), y el caso argentino, por un lado, a partir de las prácticas cotidianas de salud de la migración china, y por el otro, del reciente comercio de “oro bovino” (牛黄, Calculus Bovis) como ejemplo de inserción de materias primas terapéuticas en nuevas agendas bilaterales de cooperación. El trabajo sostiene que la cooperación sanitaria no constituye una mera transferencia lineal de recursos o conocimientos, sino una dinámica heterogénea cuya comprensión exige atender a las mediaciones locales, las trayectorias históricas y las tensiones entre modelos de atención de la salud. Desde esta perspectiva, el artículo pone de relieve la necesidad de incorporar miradas situadas para comprender los alcances, límites y potencialidades de estos intercambios contemporáneos.

Palabras clave: cooperación sanitaria; China; América Latina; Ruta de la Seda de la Salud; pluralismo médico; Medicina Tradicional China.

Abstract

This article analyzes health cooperation between China and Latin America within the framework of the Health Silk Road from an anthropological perspective centered on medical pluralism. It starts from the premise that these exchanges go beyond strictly diplomatic or technical-health levels and are configured as situated social processes shaped by the circulation of medical knowledge, therapeutic inputs, care practices, and disputes of legitimacy among diverse healthcare models. To do so, the article articulates different complementary levels of analysis: regional experiences of Traditional Chinese Medicine (TCM) incorporation, and the Argentine case, examined on the one hand through the everyday health practices of Chinese migrants, and on the other through the recent trade in “bovine gold” (牛黄, *Calculus Bovis*) as an example of the insertion of therapeutic raw materials into new bilateral cooperation agendas. The article argues that health cooperation does not constitute a mere linear transfer of resources or knowledge, but rather a heterogeneous dynamic whose understanding requires attention to local mediations, historical trajectories, and tensions among healthcare models. From this perspective, it highlights the need to incorporate situated approaches in order to understand the scope, limits, and potentialities of these contemporary exchanges.

Keywords: health cooperation; China; Latin America; Health Silk Road; medical pluralism; Traditional Chinese Medicine.

Introducción

En los últimos años, la creciente proyección internacional de China ha dado lugar a nuevas formas de cooperación en el ámbito de la salud, particularmente en el marco de la denominada Ruta de la Seda de la Salud¹. Este proceso, inscripto dentro de la Iniciativa de la Franja y la Ruta (BRI)², ha impulsado una expansión de vínculos sanitarios con distintas regiones del mundo, entre ellas América Latina. Más allá de los acuerdos formales entre Estados, la cooperación sanitaria se despliega en una variedad de dimensiones que incluyen la circulación de saberes médicos, la transferencia de tecnologías, la provisión de insumos terapéuticos y el desarrollo de instancias de formación e intercambio profesional.

Sin embargo, abordar estos procesos exclusivamente desde una perspectiva institucional o técnico-sanitaria resulta insuficiente. La cooperación en salud no se limita a la implementación de políticas o programas, sino que se materializa en contextos sociales concretos donde interactúan distintos sistemas de conocimiento, prácticas de cuidado y formas de entender el cuerpo, la salud, la enfermedad, la atención y los cuidados. En este sentido, el presente artículo propone analizar la cooperación sanitaria entre China y América Latina desde una perspectiva antropológica, poniendo en el centro el concepto de pluralismo médico (Menéndez, 2003; Papalini y Avelín Cesco, 2022) como clave de lectura.

El pluralismo médico permite dar cuenta de la coexistencia de múltiples sistemas terapéuticos dentro de un mismo espacio social, así como de las formas en que estos se articulan, se superponen o entran en tensión. En el marco de la cooperación sanitaria impulsada por China, esta dimensión adquiere particular relevancia debido a la presencia de la Medicina Tradicional China³ (MTC), que no solo se presenta como un conjunto de prácticas terapéuticas, sino también como un sistema de conocimiento con fundamentos propios, históricamente situados y con creciente proyección global. Su circulación en América Latina —ya sea a través de acuerdos institucionales, productos médicos o prácticas concretas de cuidado— introduce nuevas configuraciones en los escenarios locales de atención de la salud.

A partir de este enfoque, sostenemos que la cooperación sanitaria no constituye un proceso homogéneo ni una mera transferencia lineal de recursos o conocimientos, sino un proceso social situado, en el cual intervienen distintos actores, prácticas y lógicas de acción. Para ello, aquí se articulan distintos materiales de investigación previamente desarrollados por la autora, incluyendo el análisis de fuentes secundarias y documentos oficiales sobre la Ruta de la Seda de la Salud, resultados de una extensa investigación etnográfica realizada con población migrante china en Argentina en torno a sus representaciones y prácticas de salud y la atención en el sistema de salud local, así como el análisis de recientes instrumentos

¹ Este concepto, promovido originalmente por el gobierno chino y conocido en chino mandarín como 健康丝绸之路 (Jiànkāng Sīchóu Zhīlù), ha sido progresivamente incorporado a ámbitos académicos y de cooperación internacional para referirse a la dimensión sanitaria de la Iniciativa de la Franja y la Ruta.

² Lanzada en 2013, la Iniciativa de la Franja y la Ruta (Belt and Road Initiative, en inglés; 一带一路, en mandarín) representa no sólo la reconstrucción de redes de transporte y el desarrollo de infraestructura en Eurasia, sino también una “ruta articulada” hacia el Sur Global, orientada a extender su alcance hacia África y América Latina (Fernández, González Jauregui y Merino, 2023)

³ Si bien el término en chino mandarín es 中医 que se traduce literalmente como “medicina china”, en las denominaciones oficiales, tanto gubernamentales como de medios de comunicación, se utiliza la fórmula con el adjetivo “tradicional”, y también en mayúsculas.

regulatorios y bibliografía especializada vinculados al comercio del llamado “oro bovino” entre Argentina y China.

En particular, se integran tres planos de análisis complementarios. En primer lugar, desde una perspectiva regional y sin pretensión de exhaustividad, se recuperan algunos casos latinoamericanos que permiten dar cuenta de la diversidad de modalidades que adopta la cooperación sanitaria en la región y de los distintos grados de institucionalización de la MTC en los sistemas de salud locales. En segundo lugar, se aborda el caso argentino a partir de escenarios vinculados a la migración china, donde es posible observar en la vida cotidiana la coexistencia y articulación de distintos saberes médicos y prácticas de cuidado. Finalmente, se analiza el caso del denominado “oro bovino” (牛黄, Calculus Bovis) como ejemplo de circulación de insumos terapéuticos asociados a la Medicina Tradicional China, en el cual convergen dinámicas económicas, regulatorias y sanitarias en el marco de la cooperación bilateral.

Aunque los casos analizados operan en escalas diferentes —regional, nacional y bilateral—, no constituyen fenómenos independientes sino expresiones complementarias de un mismo proceso de intercambios entre China y América Latina en materia sanitaria, que articuladamente permiten explorar cómo dicha cooperación se materializa en distintos niveles de análisis. Por un lado, los casos de Cuba y Brasil permiten contextualizar la diversidad de modalidades de institucionalización de la Medicina Tradicional China en América Latina, y así visibilizar la particularidad del sistema sanitario argentino; por otro lado, el caso de la migración china en Argentina muestra cómo estos intercambios adquieren forma en las prácticas cotidianas de salud y en la articulación concreta entre distintos saberes médicos; por último, el análisis del denominado “oro bovino” permite observar una dimensión material y económica de estos procesos, vinculada a la circulación internacional de insumos terapéuticos. En conjunto, estos escenarios permiten examinar la cooperación sanitaria sino-latinoamericana como un fenómeno heterogéneo, atravesado por dinámicas políticas, culturales, sanitarias y económicas que adquieren configuraciones específicas en contextos locales diversos.

Desde esta perspectiva, el propósito del artículo es contribuir a una comprensión más compleja de la cooperación sanitaria entre China y América Latina, destacando el papel del pluralismo médico en la configuración de estos procesos y la importancia de considerar los contextos sociales en los que se implementan. En este sentido, se sostiene que una mirada antropológica permite no solo enriquecer el análisis de estas iniciativas, sino también identificar sus alcances, tensiones y limitaciones en la interacción entre distintos sistemas de conocimiento y prácticas de salud.

La cooperación entre China y América Latina en el marco de la Ruta de la Seda de la Salud

La creciente presencia de China en el mapa geopolítico contemporáneo no sólo resulta cada vez más visible, sino que también expresa un cambio en las formas de liderazgo internacional. En los últimos años, el país ha adquirido un rol cada vez más central en el

campo de la salud global⁴, consolidándose como un actor clave en el desarrollo y la cooperación sanitaria, especialmente a partir de la pandemia de Covid-19. Este proceso se inscribe en un contexto atravesado por un relativo repliegue de Estados Unidos como potencia hegemónica en organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y, más ampliamente, en la gobernanza global en salud (Shang & Huang, 2026).

En este escenario, China viene desplegando una serie de políticas de salud global que complementan su proyección internacional en otros ámbitos, particularmente a través de la Ruta de la Seda de la Salud, cuyo objetivo declarado es contribuir a la construcción de una “comunidad de salud para la humanidad” (人类卫生健康共同体), en articulación con el concepto más amplio de “comunidad de destino compartido para la humanidad” (人类命运共同体)⁵. Esta iniciativa se ha consolidado como una de las herramientas centrales de la diplomacia sanitaria china, reforzando su papel emergente en el escenario global (Rodrigues Santiago y Duarte, 2025).

Si bien la Ruta de la Seda de la Salud se consolidó institucionalmente en 2017 con la adopción del *Beijing Communiqué of the Belt and Road Health Cooperation and Health Silk Road* (Tang et al., 2017), la irrupción de la pandemia aceleró notablemente su expansión y visibilidad internacional. A partir de entonces, pasó a abarcar dimensiones más amplias como la investigación e innovación médica, la cooperación entre profesionales de la salud, las denominadas “diplomacia de las mascarillas” o “de las vacunas”⁶ (Kobierecka, 2023), y la inversión en infraestructura sanitaria. Como la mayoría de los países de América Latina, Argentina no quedó al margen de este proceso. El acuerdo para la adquisición de insumos médicos y vacunas del laboratorio Sinopharm, junto con las donaciones enviadas por China, constituyen ejemplos representativos de esta iniciativa. A este respecto, “el gobierno chino ha tenido una política de colaboración, solidaridad, apoyo y presencia sanitaria ya sea en insumos, en créditos, en asistencia medicinal, en envío de personal médico y en cooperación científico-tecnológica con la gran mayoría de los países, incluso en Argentina” (Ghiggino y Mallimaci, 2020: 152).

No obstante, las acciones de cooperación enmarcadas dentro de la Ruta de la Seda de la Salud no se han limitado a la respuesta frente a emergencias sanitarias. En un sentido más amplio, involucran la promoción de modelos de gestión, la circulación de tecnologías médicas —incluida la cooperación en el desarrollo de herramientas de Inteligencia Artificial—, así como la expansión de determinados enfoques sobre la salud y la enfermedad. Estos intercambios se reflejan en acciones concretas como la creación de hospitales

⁴ Fassin (2012) analiza la “salud global” no como un objeto evidente o una simple ampliación de la salud pública, sino como una configuración histórica y política de saberes, prácticas y relaciones de poder en un contexto de desigualdades globales. Por ello, debería ser interrogada críticamente como un objeto no neutral, atravesado por tensiones, jerarquías y efectos políticos.

⁵ Este término nativo de la política china constituye uno de los ejes del marco ideológico conocido como “Pensamiento de Xi Jinping sobre el Socialismo con Características Chinas para la Nueva Era”, y es ampliamente utilizado en discursos oficiales para promover una visión de cooperación internacional basada en la interdependencia, la coexistencia pacífica y el desarrollo común (Lin, 2020).

⁶ Más allá de su sentido literal, estos términos remiten a una estrategia más amplia de diplomacia sanitaria que abarcó el envío de insumos médicos, equipos de protección y cooperación técnica, en un contexto de reconfiguración de la gobernanza sanitaria global.

conjuntos, la organización de seminarios internacionales y el envío de misiones médicas a países socios, tanto de biomedicina como de MTC (Rolland, 2024).

En este marco, la medicina tradicional china ocupa un lugar estratégico dentro de la cooperación sanitaria impulsada por la Ruta de la Seda de la Salud desde sus inicios. De hecho, el memorando de entendimiento firmado entre China y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2017 para fortalecer la cooperación sanitaria en el marco de la BRI identificó explícitamente a la medicina tradicional china, junto con la precalificación de medicamentos y vacunas chinas, como una de las áreas prioritarias de colaboración internacional (Ren, 2019).

Esta centralidad de la MTC dentro de la cooperación sanitaria internacional promovida por China se expresó con especial intensidad durante la pandemia. Además de haber sido promovida por China durante la pandemia mediante el intercambio de protocolos terapéuticos con diversos países (Rolland, 2024), la MTC es concebida dentro de la BRI como una vía para fortalecer la cooperación sanitaria con otros países —especialmente del Sur Global— y, al mismo tiempo, ampliar la proyección internacional de la cultura china. Esta dimensión se vincula con el despliegue del *soft power* cultural del país (Seo & Fillebrown, 2024), entendido como la capacidad de generar influencia a través de la circulación de saberes, prácticas y valores.

Al mismo tiempo, desde fuentes oficiales se reconocen la persistencia de “obstáculos cognitivos y legales”⁷ en las sociedades receptoras, vinculados tanto a marcos regulatorios como a formas de percepción de estos saberes médicos. En este sentido, la BRI se presenta como un marco que facilita la cooperación intergubernamental y contribuye a sortear estas limitaciones, especialmente en lo relativo a la acreditación profesional, la circulación de medicamentos y su incorporación en los sistemas de salud. En efecto, para los países involucrados en la iniciativa, el gobierno chino declara ofrecer “un marco de apoyo para la cooperación intergubernamental, que definitivamente ayudará a eliminar la barrera más grande, la barrera legal en la calificación de MTC, la acreditación de educación en MTC, el acceso a los fármacos y el seguro médico”⁸.

De este modo, la BRI en general, y la Ruta de la Seda de la Salud en particular, no sólo consolidan una plataforma de cooperación internacional en términos de infraestructura, innovación o asistencia sanitaria, sino también un espacio de circulación y legitimación de modelos médicos considerados, según el contexto, “alternativos”. Es precisamente en esta última dimensión donde la MTC adquiere especial relevancia para pensar los intercambios entre China y América Latina.

⁷ China Daily. (28 de enero de 2015). One Belt and One Road Strategy: Opportunities for International Communication of Traditional Chinese Medical Culture. China Daily. http://www.chinadaily.com.cn/culture/2015-01/28/content_19430421.htm

⁸ China Daily. (4 de junio de 2018). Boosted by Belt and Road Initiative spread of TCM speeds up. China Daily. <http://europe.chinadaily.com.cn/a/201806/04/WS5b14ab0fa31001b82571dfaf.html>

El *Libro Blanco sobre Medicina Tradicional China*, publicado en 2016 por la Oficina de Información del Consejo de Estado, afirma que “China ha promovido los intercambios y la cooperación internacionales en MTC mediante mecanismos multilaterales y bilaterales en el marco de la BRI, con más de 30 centros de MTC en el extranjero establecidos en países participantes” (Oficina de Información del Consejo de Estado de China, 2016). América Latina no ha quedado exenta de estos intercambios. Sin embargo, la presencia de la MTC en la región dista de ser homogénea, al igual que sus niveles de integración en los sistemas de salud locales.

En efecto, la cooperación sanitaria con China se articula en cada país con trayectorias históricas, marcos regulatorios y configuraciones sanitarias particulares. Mientras algunos han desarrollado instancias más institucionalizadas de incorporación de la MTC, en otros casos su presencia se vincula principalmente a iniciativas privadas, redes profesionales o prácticas de cuidado en la vida cotidiana. Esta variabilidad pone de relieve que la cooperación sanitaria no puede ser entendida como un proceso uniforme, sino como un conjunto de dinámicas situadas que adquieren sentido en contextos específicos.

Dos factores resultan especialmente significativos para comprender esta heterogeneidad. Por un lado, las tradiciones sanitarias de cada país y su mayor o menor apertura a la integración de modelos médicos no hegemónicos. Por otro, las trayectorias históricas de migración china hacia la región, que han incidido en la circulación temprana de saberes, productos y prácticas terapéuticas. El cruce entre ambas dimensiones contribuye a explicar por qué la presencia, legitimidad e institucionalización de la medicina china varían de manera significativa en América Latina.

Respecto de la integración de la MTC en los sistemas de salud, destacan especialmente los casos de Cuba y Brasil, que ofrecen experiencias de referencia para otros países de la región. En Cuba, la historia migratoria china se remonta a mediados del siglo XIX con la llegada de los denominados “coolíes” —trabajadores en condiciones de semiesclavitud—, algunos de los cuales llegaron a convertirse en referentes de la medicina china en el país (Alpízar Caballero et al., 2017). Este proceso favoreció una temprana articulación entre distintos modelos de atención, incluidos el biomédico, el chino y el de las poblaciones nativas, en lo que hoy se conoce como Medicina Natural y Tradicional (MNT), integrada al sistema de salud público cubano.

Por su parte, Brasil —aunque no forma parte oficialmente de la BRI— ha sido pionero en la integración de la MTC en su sistema público de salud y en los intercambios con China en esta materia. Desde 2006, la acupuntura y otras prácticas vinculadas a la medicina china han sido incorporadas oficialmente al Sistema Único de Salud a través de la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias¹⁰, facilitando un acceso más amplio a estas terapias entre la población brasileña.

⁹ La transcripción china de este término (苦力) incluye los caracteres 苦 (kǔ), que puede traducirse como “sufrimiento”, “dolor”, “pena” o “amargo”, y 力 (lì), que significa “fuerza” o “trabajo (físico)”.

¹⁰ Brasil. Ministerio de Salud. Secretaría de Atención a la Salud. Departamento de Atención Primaria. (2008). Política nacional de prácticas integrativas y complementarias en el SUS: PNPIC: Actitud de ampliación

De manera significativa, estos y otros intercambios se han visto aún más fortalecidos en el marco de la Ruta de la Seda de la Salud, que ha promovido no sólo el desarrollo de infraestructura sino también la cooperación en salud pública y el intercambio cultural. En este contexto, la MTC se ha convertido crecientemente en una “embajadora de la salud” entre China y América Latina, impulsando tanto la colaboración terapéutica como los lazos más amplios entre las sociedades de ambas regiones (Leng y Huang, 2024).

Las diferencias observadas entre los casos de Cuba, Brasil y Argentina sugieren que la incorporación de la MTC no depende exclusivamente de los vínculos establecidos con China, sino también de las características de los sistemas sanitarios locales y de los distintos niveles de reconocimiento estatal de las medicinas no hegemónicas. En este sentido, mientras Cuba y Brasil han avanzado en la integración de prácticas tradicionales, complementarias e integrativas dentro de sus sistemas públicos de salud, Argentina mantiene una mayor centralidad del paradigma biomédico, lo que condiciona las posibilidades de institucionalización de la MTC y, en parte, convierte a este país en un caso singular en este sentido.

Ahora bien, estas diferencias históricas y sanitarias influyen también en la manera en que la MTC es percibida e incorporada en cada contexto nacional. Mientras algunos sistemas de salud se encuentran atravesados por un marcado pluralismo médico, en el cual prácticas biomédicas, medicinas tradicionales locales, terapias alternativas y estrategias de autoatención conviven y se superponen, otros mantienen una fuerte centralidad del modelo biomédico y una escasa institucionalización de saberes terapéuticos no convencionales.

En este sentido, resulta útil recuperar la noción de pluralismo médico desarrollada por Papalini y Avelín Cesco (2022), quienes advierten que la mera coexistencia de prácticas terapéuticas no implica necesariamente su reconocimiento institucional. Desde esta perspectiva, distinguen entre diversidad médica —entendida como la presencia de múltiples opciones terapéuticas en una sociedad— y pluralismo médico, que supone además su validación legal y su incorporación efectiva en las políticas públicas. Su análisis comparativo para seis países latinoamericanos muestra que, mientras algunos han avanzado en marcos regulatorios que reconocen e integran tanto medicinas tradicionales como prácticas complementarias, Argentina presenta un desarrollo aún incipiente, con una fuerte centralidad del modelo biomédico.

A ello se suma una dimensión histórica que contextualiza con mayor profundidad el caso latinoamericano. Los aportes de Arroyave Hernández (2024) muestran que la introducción de la medicina china en América Latina entre 1850 y 1930 estuvo lejos de ser marginal: médicos, boticarios y prácticas terapéuticas chinas alcanzaron en distintos contextos grados variables de legitimidad social, aunque en tensión con dinámicas de exclusión, racismo y regulación estatal que tendieron a marginarlas en favor de la profesionalización biomédica. Esta trayectoria histórica permite advertir que la cooperación

de acceso. Ministerio de Salud.
<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/PoliticaNacional>

sanitaria contemporánea no se despliega sobre un terreno vacío, sino sobre escenarios previamente atravesados por disputas de legitimidad entre distintos saberes médicos.

Desde esta perspectiva, el pluralismo médico no aparece simplemente como un rasgo descriptivo de los sistemas de salud contemporáneos, sino como una dimensión constitutiva de la cooperación sanitaria entre China y América Latina. Su consideración permite comprender de manera más compleja las formas en que distintos saberes y prácticas se articulan en escenarios específicos, evitando lecturas que reduzcan la cooperación a una mera transferencia de conocimientos o tecnologías. Es precisamente en este marco donde el caso argentino adquiere particular interés.

Experiencias sociosanitarias de intercambios entre Argentina y China: desafíos y oportunidades

Como se ha señalado hasta aquí, la cooperación sanitaria entre China y América Latina adquiere formas diversas según las trayectorias migratorias, los marcos regulatorios y las configuraciones locales de los sistemas de salud. En este escenario, el caso argentino presenta particular interés analítico por una doble razón. Por un lado, porque constituye un contexto donde la MTC no ha logrado una institucionalización dentro del sistema sanitario formal¹¹. Por otro, porque experiencias recientes de intercambios bilaterales permiten observar nuevas formas de circulación de saberes, productos e insumos terapéuticos asociados a la MTC.

En este marco, dos planos resultan especialmente fértiles para el análisis. El primero remite a las experiencias cotidianas de salud de la migración china en Argentina, donde es posible advertir la coexistencia —y en ocasiones tensión— entre distintos modelos médicos, a la vez que la circulación de saberes y recursos propios de la MTC. El segundo refiere a formas más recientes de intercambio comercial-sanitario entre ambos países, entre las cuales destaca el caso del denominado “oro bovino”, que permite observar otra dimensión novedosa de estos procesos.

La migración china en Argentina: prácticas de salud e integración de saberes médicos

El sistema de salud argentino se basa en los principios de universalidad y acceso gratuito a los servicios médicos, organizándose en tres grandes subsectores: público, privado y de la seguridad social (Belló y Becerril-Montekio, 2011). Asimismo, el marco normativo migratorio reconoce explícitamente el derecho de las personas migrantes a acceder a los servicios de salud en igualdad de condiciones que los nacionales, independientemente de su situación documental (Congreso de la Nación Argentina, 2004; Novick, 2012). Desde este punto de vista, Argentina constituye uno de los países de América Latina con mayores garantías formales de acceso sanitario para población migrante.

¹¹ Si bien la institucionalización de la MTC en Argentina continúa siendo limitada, ello no implica la ausencia de experiencias vinculadas a medicinas no hegemónicas en el sistema de salud público. Algunos estudios han documentado la presencia de prácticas como la acupuntura en ámbitos hospitalarios y la creciente utilización de terapias complementarias por parte de distintos sectores de la población (Freidín y Abrutsky, 2011). No obstante, estas experiencias se han desarrollado de manera fragmentaria y sin alcanzar niveles de integración comparables a los observados en otros países de la región.

Sin embargo, este modelo de acceso universal se encuentra estructurado en torno a un paradigma biomédico que privilegia la medicina alopática occidental como enfoque dominante de la atención en salud. A diferencia de países como China —donde la MTC se encuentra integrada al sistema nacional de salud— o de otros contextos latinoamericanos con mayor reconocimiento de medicinas “complementarias”, el sistema sanitario argentino permanece fuertemente centrado en la biomedicina, configurando lo que Menéndez (2003) caracteriza como un modelo médico hegemónico. En consecuencia, aunque el acceso formal a la atención sea amplio, la diversidad de prácticas médicas reconocidas e institucionalizadas resulta considerablemente limitada.

Esta centralidad biomédica adquiere particular relevancia cuando se observa el caso de la población migrante china en el país. Sus representaciones y prácticas de salud suelen diferir significativamente del modelo predominante en el sistema sanitario argentino. En China, la MTC ha coexistido de manera complementaria con la medicina occidental durante un prolongado período histórico, lo que ha dado lugar a un uso dialógico y no contradictorio de ambos sistemas por parte de la población general (Incaugarat, 2022). Sin embargo, los profesionales de la salud en Argentina, en general, no están familiarizados con este marco médico y tienden a ignorar o malinterpretar su relevancia en las decisiones terapéuticas de los migrantes chinos. Conceptos centrales de la MTC —como el 气 qi, el equilibrio 阴阳 yin-yang y factores patógenos como el “viento” o el “frío”— suelen ser desestimados por considerarse no científicos o relegados al ámbito de la creencia o la superstición (Incaugarat, 2017; Gil e Incaugarat, 2022). Estas interpretaciones no solo conducen a la marginalización de los saberes médicos tradicionales, sino que también refuerzan estereotipos negativos que inciden en la relación entre pacientes y profesionales de la salud.

El análisis aquí presentado se sustenta en un trabajo de campo etnográfico prolongado, desarrollado entre 2013 y 2024, que incluyó observación participante en centros de atención primaria de la salud, hogares y otros espacios cotidianos de sociabilidad de la población migrante china¹², así como entrevistas y numerosas conversaciones informales con migrantes y profesionales sanitarios en las ciudades de Mar del Plata y Buenos Aires (Incaugarat, 2023). Este abordaje permitió observar tanto los encuentros entre migrantes y profesionales en el ámbito institucional como las prácticas de atención y autoatención desplegadas en la vida cotidiana, evidenciando divergencias significativas en las concepciones del cuerpo, la salud y la enfermedad. Estas diferencias se vinculan estrechamente con las distintas formas en que los migrantes construyen sus itinerarios terapéuticos (Menéndez, 2003), tanto en sus países de origen como en el contexto migratorio. Para determinadas afecciones, dolencias específicas o incluso etapas particulares de la vida, los migrantes pueden optar por no recurrir a la llamada “medicina occidental” —tanto en China como en Argentina—, privilegiando en

¹² Si bien la investigación se centró principalmente en migrantes provenientes de la provincia de Fujian —región de origen mayoritaria de la diáspora china en Argentina—, el referente empírico incluyó interlocutores con trayectorias migratorias, perfiles sociodemográficos y ocupacionales diversos, pertenecientes a distintas generaciones migratorias y procedentes también de otras regiones de China continental y de Taiwán. Esta heterogeneidad permitió analizar la migración china no como un colectivo homogéneo, sino como un entramado de experiencias, racionalidades y proyectos migratorios diferenciados.

su lugar saberes y prácticas basados en la MTC, frecuentemente transmitidos de manera intergeneracional.

En este marco, existe un amplio consenso entre migrantes y nacionales chinos en que la biomedicina no resulta adecuada para tratar todas las enfermedades. Suele considerarse más eficaz para afecciones agudas, mientras que la MTC es valorada especialmente en las fases de recuperación y rehabilitación, en el tratamiento de enfermedades crónicas y como método de prevención y promoción de la salud. Esta elección también se sustenta en la percepción de que, si bien la biomedicina puede ofrecer un alivio más rápido en casos agudos, suele asociarse a mayores efectos adversos y a una menor atención sobre el equilibrio general del organismo.

Esta lógica de articulación no se limita a las decisiones clínicas formales, sino que puede observarse también en el ámbito doméstico, donde muchos migrantes chinos recurren a estrategias de autoatención, algunas de ellas vinculadas a la biomedicina y otras estrechamente asociadas a los principios de la MTC. Asimismo, en lugar de buscar atención médica ante dolencias menores, suelen preferir remedios herbales, ajustes en la dieta en función del equilibrio 阴阳 yinyang, y diversas técnicas terapéuticas. Estas prácticas no constituyen meramente alternativas surgidas de la necesidad, sino que reflejan una cosmología que concibe el equilibrio como salud, el desequilibrio como enfermedad, y prioriza la prevención y el mantenimiento del bienestar cotidiano por sobre la intervención médica curativa (Incaugarat, 2017).

Una de las estrategias de autoatención más extendidas es el uso de medicina o productos herbales. Muchas familias traen hierbas medicinales, raíces secas y suplementos tradicionales directamente desde China, dado que sólo un número limitado de estos productos puede encontrarse en el Barrio Chino de Buenos Aires. La terapia dietética constituye otro pilar central de la autoatención, en consonancia con el principio de la MTC de mantener el equilibrio entre el 阴 yin y el 阳 yang en el cuerpo. Los migrantes suelen ajustar su alimentación en función de los desequilibrios internos percibidos. Por ejemplo, cuando se considera que el componente 阳 yang es deficiente y el 阴 relativamente excesivo, se evitan alimentos “fríos” como la papa, las verduras crudas o las bebidas heladas, especialmente en épocas de bajas temperaturas, privilegiándose en su lugar alimentos 阳 yang o “calientes” como el pollo o el jengibre con el objetivo de restablecer el equilibrio interno, como sucede en el paradigmático caso del periodo de posparto, denominado 坐月子 (*Ibid.*). Estas prácticas permiten advertir que, aun en un sistema de salud fuertemente biomédico como el argentino, persisten en la vida cotidiana formas activas de pluralismo médico sostenidas por los propios actores. En este sentido, las experiencias sociosanitarias de la migración china revelan con particular nitidez las tensiones entre saberes terapéuticos diversos y los límites de un sistema sanitario que, pese a garantizar acceso formal, continúa ofreciendo escasos márgenes de reconocimiento institucional para modelos médicos subalternos.

En este marco, la incorporación de casos específicos de cooperación sanitaria permite profundizar el análisis de estas dinámicas. Entre ellos, el denominado “oro bovino” (牛黄, Calculus Bovis) constituye un ejemplo particularmente revelador. Más allá de su dimensión económica, vinculada a la exportación de un insumo altamente valorado en la Medicina Tradicional China (MTC), este caso permite visibilizar la circulación de productos terapéuticos, saberes médicos y marcos de legitimidad en el campo de la salud.

Un punto de inflexión en este proceso estuvo dado por la reciente aprobación del *Protocolo sobre requisitos sanitarios y cuarentenarios para los cálculos biliares bovinos que se exporten de Argentina a China*, incorporado como Anexo I de la Resolución 1216/2024 del Ministerio de Economía de la República Argentina. A partir de este instrumento, se habilita formalmente la inserción de este recurso en circuitos regulados de intercambio internacional, bajo mecanismos específicos de certificación sanitaria, inspección veterinaria oficial, trazabilidad y control cuarentenario (Ministerio de Economía de la República Argentina, 2024). De este modo, un producto que hasta hace pocos años permanecía prácticamente al margen de los grandes intercambios bilaterales pasa a integrarse de manera oficial a una nueva agenda de cooperación entre ambos países, en consonancia con la apertura de nuevos mercados sanitarios impulsada recientemente por la Cancillería argentina (Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto, 2025).

Este acuerdo no sólo representa una oportunidad comercial para el sector ganadero argentino en un contexto de elevada demanda por parte de la industria farmacéutica china, sino que pone en evidencia la articulación entre economías nacionales y cadenas globales de provisión vinculadas a la medicina china. Como ha señalado incluso la prensa internacional, el valor excepcional alcanzado por estos cálculos biliares en el mercado asiático ha convertido al denominado “oro bovino”¹³ en un recurso de creciente interés exportador para distintos países de América del Sur (Lissardy, 2024).

En efecto, los cálculos biliares bovinos ocupan un lugar central dentro de la farmacopea tradicional china desde hace más de dos mil años, con usos documentados en textos clásicos como el *Shen Nong Ben Cao Jing*, y continúan siendo empleados en la actualidad para el tratamiento de diversas afecciones. Su valor terapéutico ha sido ampliamente abordado en investigaciones contemporáneas, que destacan sus propiedades antiinflamatorias, sedantes, anticonvulsivas y neuroprotectoras, así como su presencia en la formulación de medicamentos tradicionales de uso extendido (Yu *et al.*, 2020; Xu *et al.*, 2025).

La relevancia de este insumo no es únicamente terapéutica, sino también económica. Como se ha señalado, los cálculos biliares bovinos pueden alcanzar valores cercanos a los 200 dólares estadounidenses por gramo, superando incluso la cotización internacional del oro (Infocampo, 2024). A ello se suma una importante brecha entre oferta y demanda: mientras China produce aproximadamente 1.000 kilos anuales, su demanda se estima en

¹³ La denominación “oro bovino” responde al elevadísimo valor comercial que alcanzan estos cálculos biliares en el mercado asiático —particularmente en China—, donde pueden cotizarse a precios superiores a los del oro.

torno a los 5.000 kilos (Lissardy, 2024). Esta combinación de escasez, alto valor de mercado y demanda sostenida contribuye a explicar el creciente interés por asegurar fuentes internacionales de abastecimiento y por incorporar nuevos proveedores a las cadenas globales de suministro vinculadas a la MTC. En este contexto, la apertura del mercado argentino adquiere una relevancia que excede la mera exportación de un subproducto pecuario, al insertarse en procesos más amplios de cooperación sanitaria, circulación de recursos terapéuticos y expansión internacional de la industria farmacéutica tradicional china (Incaugarat, 2026). La creciente valorización internacional de este insumo se vincula, asimismo, con procesos más amplios de internacionalización, estandarización y control de calidad de las materias primas utilizadas en la MTC. Como señalan Lin et al. (2018), la expansión global de la medicina china no depende únicamente de la circulación de conocimientos terapéuticos, sino también de la consolidación de cadenas de abastecimiento confiables y de marcos regulatorios capaces de garantizar trazabilidad, certificación y calidad farmacológica. En este escenario, el protocolo bilateral recientemente aprobado adquiere especial relevancia, ya que no sólo formaliza un circuito de exportación previamente marginal, sino que inscribe a Argentina en cadenas internacionales de valor asociadas a la producción de materias primas terapéuticas.

En este sentido, el “oro bovino” no puede ser reducido a un simple *commodity*, sino que debe ser comprendido como parte de un entramado más amplio de prácticas, saberes y significados asociados a la medicina china. Su circulación permite advertir que la cooperación sanitaria no involucra únicamente profesionales, tecnologías o conocimientos expertos, sino también recursos terapéuticos concretos cuya legitimidad se encuentra anclada en tradiciones médicas específicas y en una industria farmacéutica de larga data.

Al mismo tiempo, este caso permite interrogar una tensión significativa del escenario argentino: mientras el país participa activamente en la provisión de insumos estratégicos para la MTC, estos saberes y prácticas continúan ocupando un lugar marginal dentro de su propio sistema sanitario. De este modo, la inserción en circuitos globales de cooperación no garantiza por sí misma la incorporación o legitimación local de los modelos médicos que dichos insumos sustentan. Precisamente en esa coexistencia entre creciente articulación económica con China y débil reconocimiento institucional de la medicina china radica una de las aristas más sugerentes de la cooperación sanitaria contemporánea entre ambos países.

En síntesis, los dos escenarios aquí presentados —las prácticas de salud de la migración china y la reciente formalización del comercio de “oro bovino”— permiten advertir que los intercambios sanitarios entre China y Argentina no se limitan a los niveles diplomáticos ni a los acuerdos estatales de alto nivel, sino que se despliegan simultáneamente en registros múltiples: en la vida doméstica, en los itinerarios terapéuticos, en la circulación de insumos farmacológicos y en nuevas articulaciones regulatorias y comerciales. Considerados en conjunto, ambos casos muestran que la cooperación sanitaria contemporánea involucra tanto formas de circulación material como procesos de negociación simbólica y disputas de legitimidad entre modelos médicos diversos.

Conclusiones

El análisis desarrollado a lo largo de este artículo permite avanzar hacia una comprensión más compleja de la cooperación sanitaria entre China y América Latina en el marco de la Ruta de la Seda de la Salud, alejándose de interpretaciones que la conciben exclusivamente como un proceso técnico, institucional o lineal. A partir de una perspectiva antropológica centrada en el pluralismo médico, se ha mostrado que dicha cooperación se despliega en escenarios concretos donde convergen distintos sistemas de conocimiento, prácticas de cuidado, marcos regulatorios y formas de organización social, dando lugar a configuraciones heterogéneas y profundamente situadas.

En este sentido, el recorrido por distintos casos latinoamericanos permitió advertir que la cooperación sanitaria impulsada por China no se implementa sobre contextos homogéneos, sino sobre sistemas de salud con trayectorias históricas, niveles de institucionalización y grados de apertura muy diversos respecto de saberes terapéuticos no hegemónicos. La comparación con experiencias como las de Cuba o Brasil mostró que la incorporación de la Medicina Tradicional China depende no sólo de acuerdos bilaterales o de la intensidad de los vínculos diplomáticos, sino también de la existencia de marcos sanitarios previamente permeables a la integración de modelos médicos diversos, así como de trayectorias migratorias que históricamente hayan favorecido la circulación y legitimación de estos saberes.

En este marco, el caso argentino adquiere particular relevancia precisamente por presentar una configuración diferente. Se trata de un país con amplias garantías formales de acceso a la salud, pero con un sistema sanitario fuertemente estructurado en torno a la centralidad biomédica. Esta característica vuelve especialmente visibles las tensiones que emergen cuando prácticas y concepciones médicas no hegemónicas —como las asociadas a la MTC— ingresan en escenarios de atención dominados por otras formas de entender los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados (Goldberg, 2010).

Las experiencias cotidianas de salud de la migración china en Argentina permiten observar con claridad estas tensiones. Aun cuando el sistema sanitario formal ofrece escasos márgenes de reconocimiento institucional a la medicina china, en la vida cotidiana persisten formas activas de articulación entre biomedicina y MTC sostenidas por los propios actores. Los itinerarios terapéuticos, las estrategias de autoatención, el uso de medicina herbal, la terapia dietética y la apelación a principios como el equilibrio entre 阴 yin y 阳 yang muestran que el pluralismo médico no depende exclusivamente de su validación estatal, sino que puede sostenerse también a partir de prácticas domésticas, familiares y comunitarias. En este sentido, la migración china constituye un escenario especialmente revelador para comprender cómo distintos saberes médicos coexisten, se negocian y se reconfiguran incluso dentro de sistemas sanitarios que continúan privilegiando un paradigma biomédico.

Al mismo tiempo, el caso del denominado “oro bovino” permitió incorporar una dimensión frecuentemente relegada en los estudios sobre cooperación internacional en salud: la circulación de insumos terapéuticos y su inserción en cadenas globales de valor vinculadas a sistemas médicos específicos. Este ejemplo pone de relieve que la cooperación sanitaria no involucra únicamente transferencia de conocimientos, tecnologías o asistencia médica, sino también flujos materiales concretos que conectan economías nacionales, marcos regulatorios

y tradiciones terapéuticas, y no sólo desde los “centros” a las “periferias” sino en ambos sentidos. La integración de Argentina en circuitos de provisión asociados a la MTC evidencia, así, una dimensión material de la cooperación sanitaria contemporánea que suele quedar opacada en abordajes centrados exclusivamente en la diplomacia o la infraestructura.

De manera significativa, ambos planos de análisis permiten advertir una tensión central: la creciente articulación de Argentina con circuitos sanitarios vinculados a la medicina china no se traduce necesariamente en un reconocimiento institucional equivalente dentro del sistema de salud local. En otras palabras, es posible participar activamente en redes globales de provisión, intercambio y cooperación sin que ello implique una apertura sustantiva hacia los saberes médicos que esas mismas redes movilizan. Esta constatación resulta particularmente sugerente, ya que pone en evidencia que la circulación internacional de productos, insumos o incluso políticas sanitarias no garantiza por sí misma la legitimación local de modelos médicos diversos.

Además de los intercambios regionales en lo relativo a la integración de saberes y prácticas médicas, la cooperación sanitaria con China abre también la oportunidad de reflexionar sobre modelos exitosos de integración en salud, como es el caso del sistema sanitario chino. Allí, desde hace décadas, existe una articulación dialógica entre la llamada “medicina occidental” y la MTC, tanto a nivel estatal y universitario como en las prácticas cotidianas de la población (Incauragarat, 2022), diálogo que puede observarse a su vez proyectado en su diplomacia sanitaria y en las formas de cooperación impulsadas en el marco de la Ruta de la Seda de la Salud. Conocer estas experiencias abre la posibilidad de reflexionar sobre los propios sistemas de salud locales, no sólo en términos de integración con disciplinas milenarias como la MTC, sino también respecto del reconocimiento de otros saberes históricamente relegados.

En este contexto, la cooperación sanitaria impulsada en el marco de la BRI enfrenta el desafío de reconocer que la salud global no puede pensarse únicamente en términos de transferencia de modelos o tecnologías. La eficacia y sostenibilidad de estas iniciativas dependen, en gran medida, de su capacidad para dialogar con prácticas locales de cuidado, con trayectorias históricas específicas y con los significados que distintos actores atribuyen a la salud y la enfermedad. Ignorar estas dimensiones implica reducir la cooperación a una lógica unidireccional que difícilmente logra dar cuenta de la complejidad de su implementación en realidades locales.

Por ello, repensar la cooperación sanitaria entre China y América Latina exige incorporar enfoques que prioricen el conocimiento situado y el diálogo con los escenarios locales. La antropología social, y en particular la antropología de la salud, ofrecen herramientas particularmente fértiles para enriquecer el análisis de estas iniciativas, en la medida en que permiten iluminar tensiones, mediaciones y límites que suelen quedar invisibilizados en los abordajes predominantemente diplomáticos o técnico-institucionales. Esta mirada, lejos de cuestionar la relevancia de la cooperación China–América Latina, busca complejizar su comprensión, subrayando que incluso las iniciativas con mayor potencial difícilmente logren consolidarse si no consideran las dimensiones históricas, sociales y culturales que estructuran las prácticas y los sistemas de salud. En un escenario global marcado por crecientes interdependencias, pero también por renovados repliegues hacia

agendas domésticas, pensar la Ruta de la Seda de la Salud desde las experiencias concretas de los actores que intervienen en estos procesos resulta fundamental para avanzar hacia formas de cooperación más eficaces y socialmente significativas.

Referencias

- Alpízar Caballero, L. B., Borges Oquendo, L. de la C., & Grey Fernández, X. (2017). Dos notables médicos chinos en Cuba en el siglo XIX. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 16(6), 857–867. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1998>
- Arroyave Hernández, A. (2024). Medicina china y orientalismo en América Latina, 1850-1930. Apuntes para un estado de la cuestión. *Pensar Historia*, 9.
- Belló, M., & Becerril-Montekio, V. (2011). Sistema de salud de Argentina (Argentinian health system). *Salud Pública de México*, 53(Supl. 2), S96–S108.
- Brasil. Ministerio de Salud. Secretaría de Atención a la Salud. Departamento de Atención Primaria. (2008). *Política nacional de prácticas integrativas y complementarias en el SUS: PNPIC: Actitud de ampliación de acceso*. Ministerio de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/PoliticaNacionalMedicinaIntegrativaBrasil.pdf>
- Cerrutti, M., & Parrado, E. (2015). Intraregional migration in South America: Trends and a research agenda. *Annual Review of Sociology*, 41, 399–421.
- Congreso de la Nación Argentina. (2004). Ley de Migraciones N.º 25.871. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25871-92016>
- Fassin, D. (2012). That obscure object of global health. En M. Inhorn & E. Wentzell (Eds.), *Medical anthropology at the intersections: Histories, activisms, and futures* (pp. 95–115). Duke University Press.
- Fernández, V. R., González Jáuregui, J., & Merino, G. E. (2023). Latin America and China's Belt and Road Initiative: Challenges and proposals from a Latin American perspective. *Austral: Brazilian Journal of Strategy & International Relations*, 12(23), 105–134.
- Freidin, B., & Abrutzky, R. (2011). Acupuntura en un servicio hospitalario en Argentina: Experiencias y perspectivas de los usuarios. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(37), 505–518. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000007>
- Ghiggino, G., & Mallimaci, F. (2020). Relaciones internacionales y pospandemia: una nueva globalización con características chinas. *Revista Argentina de Ciencia Política*, 1(25), 136–160. <https://doi.org/10.62174/racp.6143>
- Gil, G. J. e Incaugarat, M. F. (2022). “Salud e interculturalidad: saberes, asimetrías y lugares comunes”. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. Universidad Federal de São Carlos, São Paulo, Brasil. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoEN255533343>
- Grimson, A. (2005). *Relatos de la diferencia y la igualdad*. Eudeba.
- Incaugarat, M. F. (2017). “El viento como agente generador de padecimiento. Reflexiones sobre el periodo de posparto en relación al pensamiento chino”. *Revista Avá*, 29, 175-197. <https://doi.org/10.24201/ea.v57i1.2662>
- Incaugarat, M. F. (2022). Desarrollo y perspectivas de la medicina tradicional china: reflexiones a nivel local y global. *Estudios de Asia y África*, 57(1), 33-60. <https://doi.org/10.24201/ea.v57i1.2662>
- Incaugarat, M. F. (2023). *Usos y apropiaciones del sistema de salud privado por parte de los migrantes chinos en Argentina*. *Saúde e Sociedade*, 32(2), e210937es. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210937es>
- Incaugarat, M. F. (2026). La cooperación sanitaria entre China y Argentina en el marco de la Ruta de la Seda de la Salud: el caso del “oro bovino”. *Relaciones Internacionales*. (En prensa).

- Infocampo. (20 de noviembre de 2024). El 'oro bovino' argentino viaja a China: se aprobó el protocolo de exportación de cálculos biliares. <https://www.infocampo.com.ar/el-oro-bovino-argentino-viaja-a-china-se-aprobo-el-protocolo-de-exportacion-de-calculos-biliares/> Kobierecka, A. (2023). Post-covid China: Vaccine diplomacy and the new developments of Chinese foreign policy. *Place Branding and Public Diplomacy*, 19(3), 280-293. 10.1057/s41254-022-00266-2
- Leng, S., & Huang, L. (2024). Traditional Chinese medicine becomes health envoy in facilitating people exchanges between China and Latin America. *Global Times*. <https://www.globaltimes.cn/page/202401/1305415.shtml>
- Lin, A. X., Chan, G., Hu, Y., Ouyang, D., Ung, C. O. L., Shi, L., & Hu, H. (2018). Internationalization of traditional Chinese medicine: Current international market, internationalization challenges and prospective suggestions. *Chinese Medicine*, 13(9), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s13020-018-0167-z>
- Lin, J. (2020). La Franja y la Ruta hacia una comunidad de destino común: ¿un discurso vacío o una práctica viable para Argentina? *Anuario Latinoamericano Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales*, 10, 71–88.
- Lissardy, G. (2024, 18 de diciembre). Oro bovino: el negocio millonario de vender cálculos biliares de vacas de Sudamérica a China. *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/articles/c0475346xv1o>
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8(1), 185–207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Menéndez, E. L. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1), 109–118. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>
- Ministerio de Economía de la República Argentina. (2024). Resolución 1216/2024. Anexo I: Protocolo sobre requisitos sanitarios y cuarentenarios para los cálculos biliares bovinos que se exporten de Argentina a China. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/317135/20241120>
- Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto. (2025). Nuevos mercados en China para las exportaciones argentinas. <https://www.cancilleria.gob.ar/es/actualidad/noticias/nuevos-mercados-en-china-para-las-exportaciones-argentinas>
- Novick, S. (2012). Transformations and challenges of Argentinean migratory policy in relation to the international context. *Migraciones Internacionales*, 6(3), 205–237.
- Oficina de Información del Consejo de Estado de la República Popular China. (2016). *La medicina tradicional china en China* (Traditional Chinese Medicine in China). http://english.www.gov.cn/archive/white_paper/2016/12/06/content_281475509333700.htm
- Papalini, V., & Avelín Cesco, M. J. (2022). Pluralismo médico: regulaciones y concepciones de salud en seis países de América Latina. *Perfiles Latinoamericanos*, 30(59). <https://doi.org/10.18504/pl3059-009-2022>
- Ramírez Hita, S. (2009). Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad: los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. *Salud Colectiva*, 5(2), 263–280.
- Ren, M. (2019). Global health and the Belt and Road Initiative. *Global Health Journal*, 2(4), 1–4. [https://doi.org/10.1016/S2414-6447\(19\)30176-9](https://doi.org/10.1016/S2414-6447(19)30176-9)
- Rodriguez Santiago, A., & Duarte, P. (2025). The Health Silk Road in China's governance and multilateralism: Toward a role adjustment. *Global Security: Health, Science and Policy*, 10(1), 2486936. <https://doi.org/10.1080/23779497.2025.2486936>
- Rolland, N. (2024). *The Health Silk Road: A branch of China's Belt and Road Initiative*. National Bureau of Asian Research. <https://www.nbr.org/publication/the-health-silk-road-a-branch-of-chinas-belt-and-road-initiative/>

Seo, C., & Fillebrown, C. (2024). Enhancing China's soft powers with Traditional Chinese Medicine and global healthcare integration. *Journal of Student Research*, 13(1). <https://doi.org/10.47611/jsrhs.v13i1.6363>

Seppilli, T. (2000). De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. En E. Perdigüero & J. Comelles (Eds.), *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 33–44). Bellaterra.

Shang, Z., & Huang, Y. (2026). China's global health diplomacy through the World Health Organization: A qualitative study. *Globalization and Health*, 22, 25. 10.1186/s12992-025-01165-w

Tang, K., Li, Z., Li, W., & Chen, L. (2017). China's Silk Road and global health. *The Lancet*, 390(10112), 2595–2601. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32898-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32898-2)

Xu, K., Deng, B., Jia, T., Ren, M., Chen, H., Zhang, J., Guo, J., Li, Y., & Wang, J. (2025). A review of the bovis calculus's intervention mechanism and clinical application in ischemic stroke. *Frontiers in Pharmacology*, 15, 1510779. <https://doi.org/10.3389/fphar.2024.1510779>

Yu, Z.-J., Xu, Y., Peng, W., Liu, Y.-J., Zhang, J.-M., Li, J.-S., Sun, T., & Wang, P. (2020). Calculus bovis: A review of the traditional usages, origin, chemistry, pharmacological activities and toxicology. *Journal of Ethnopharmacology*, 254, 112649. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2020.112649>