

Entre el frío y el calor. Resistencia, existencia e interculturalidad crítica en la salud de la comunidad ñäñhö asentada en la Colonia Roma

Luis Ernesto Calixto Urquiza* • José Arturo Granados Cosme**

RESUMEN

Este estudio examina la interacción entre los saberes tradicionales de la comunidad ñäñhö y la biomedicina en un contexto urbano atravesado por desigualdad estructural. Mediante una metodología cualitativa y etnográfica, se documentaron testimonios y prácticas que muestran cómo la comunidad sostiene la vigencia de categorías propias, como el equilibrio frío/calor, al mismo tiempo que incorpora de manera selectiva recursos biomédicos y productos comerciales. Los resultados evidencian un campo de fricciones y resistencias, donde las decisiones de atención se organizan según la distinción entre padecimientos “leves” y “graves”, y donde la biomedicina es evaluada críticamente antes de ser adoptada. Se concluye que la interculturalidad en salud no puede reducirse a la mera coexistencia de sistemas médicos, sino que requiere reconocer las relaciones de poder que subordinan los conocimientos indígenas y, al mismo tiempo, las estrategias de agencia comunitaria que garantizan continuidad cultural y autonomía terapéutica en la ciudad.

PALABRAS CLAVE: saberes tradicionales, biomedicina, interculturalidad en salud, resistencia cultural, comunidad ñäñhö.

Between cold and heat: resistance, existence, and critical interculturality in the health of the ñäñhö community settled in Colonia Roma

ABSTRACT

This study examines the interaction between the traditional knowledge of the ñäñhö community and biomedicine in an urban context marked by structural inequality. Using a qualitative and ethnographic methodology, testimonies and practices were documented that show how the community sustains the validity of categories such as the cold/heat balance while selectively incorporating biomedical resources

* Escuela Nacional de Antropología e Historia. Correo electrónico de contacto: luisernestocaur@gmail.com

** Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico de contacto: jcosme@correo.xoc.uam.mx

Fecha de recepción: 27 de marzo de 2025.

Fecha de aceptación: 23 de septiembre de 2025.

and commercial products. The results reveal a field of frictions and resistances, where health decisions are organized according to the distinction between “mild” and “severe” ailments, and where biomedicine is critically evaluated before being adopted. It is concluded that intercultural health cannot be reduced to the mere coexistence of medical systems; it requires acknowledging the power relations that subordinate Indigenous knowledge and, at the same time, the community strategies that ensure cultural continuity and therapeutic autonomy in the city.

KEYWORDS: traditional knowledge, biomedicine, intercultural health, cultural resistance, ñāñhō community.

Introducción

La salud es un fenómeno complejo que no puede ser entendido únicamente desde una perspectiva biomédica, sino que debe analizarse en su relación con las dimensiones históricas, económicas, culturales y sociales que determinan su significado en diferentes comunidades (Breilh, 2013; Menéndez, 2018). En este sentido, los pueblos indígenas han desarrollado concepciones propias sobre la salud y la enfermedad, basadas en sistemas de conocimiento que integran elementos físicos, espirituales y colectivos. Sin embargo, en los entornos urbanos estas concepciones han sido históricamente marginadas por la hegemonía del modelo biomédico, que establece criterios de diagnóstico y tratamiento que no consideran la diversidad epistémica de los pueblos originarios.

La comunidad ñāñhō, originaria de Santiago Mexquititlán y asentada en la Colonia Roma de la Ciudad de México, enfrenta un contexto de desigualdad estructural en el acceso a servicios de salud. En estos espacios, el sistema biomédico se impone como la principal opción de atención, sin reconocer la validez de los saberes tradicionales. No obstante, los ñāñhō han desarrollado estrategias de resistencia y adaptación, combinando elementos de la biomedicina con sus pro-

pias prácticas de salud, sin perder la centralidad de su cosmovisión (Aguado, 2019; Castro, 2021). Esta negociación no necesariamente implica una subordinación pasiva a la medicina institucional, sino más bien una reconfiguración estratégica donde se evalúa la eficacia de cada tratamiento según las necesidades de la comunidad.

En la cosmovisión ñāñhō, la salud es concebida como un estado de equilibrio que involucra tanto el bienestar biofísico como la armonía con el entorno natural, la comunidad, la dimensión espiritual y la dimensión social. Este modelo integral se contrapone a la fragmentación característica del modelo biomédico, que en su formato más hegemónico tiende a tratar los síntomas de manera aislada, sin atender las condiciones sociales y culturales que afectan la salud de las personas (Lozoya y Zolla, 2015). La interculturalidad en salud surge como alternativa para transformar la relación entre los sistemas médicos indígenas y la biomedicina, promoviendo un reconocimiento horizontal donde ambas epistemologías puedan dialogar (Menéndez, 2022; Castro, 2021; Walsh, 2010). No obstante, como señalan Juárez-Ramírez et al., 2014, Castro y Frías (2020) y Ramírez-Hita (2014), este diálogo suele desarrollarse más como

un campo de tensiones, fricciones y resistencias que como un intercambio equitativo de saberes.

La implementación institucional de la interculturalidad en salud en México ha sido limitada y, en muchos casos, superficial. Aunque el discurso oficial reconoce la importancia de los saberes indígenas, en la práctica estos conocimientos suelen ser relegados a un papel complementario dentro de la atención biomédica, reproduciendo relaciones jerárquicas de poder (Pérez-Ruiz y Argueta-Villamar, 2011). Este fenómeno ha sido conceptualizado como colonialismo epistémico, al imponer una jerarquización del conocimiento que reduce las formas de sanación indígenas a supersticiones o remedios no comprobados científicamente (Pérez-Ruiz, 2009; Quijano, 1992).

En este contexto urbano, la comunidad ñāñhō ha desarrollado estrategias de resistencia cultural que mantienen la vigencia de sus prácticas médicas frente a la hegemonía biomédica. Entre estas se encuentran la transmisión intergeneracional del conocimiento, la autoatención mediante plantas medicinales y rituales curativos, así como la incorporación selectiva de tratamientos biomédicos (Aguado, 2019; Canuto-Castillo, 2017). Tales prácticas revelan que no se trata de una mera coexistencia de saberes, sino de un proceso activo de negociación en el que la comunidad ejerce su agencia frente a la exclusión institucional (Eroza-Solana y Carrasco-Gómez, 2020).

Un aspecto central de la medicina ñāñhō es la concepción del cuerpo y la enfermedad en términos de equilibrio térmico. Al igual que en otras tradiciones mesoamericanas, la salud es vista como el resultado de la interacción entre fuerzas de “frío” y “calor”, cuya alteración puede generar dolencias específicas (Lozoya y Zolla, 2015). Este principio rige tratamientos de enfermedades

comunes, como resfriados, dolores musculares y malestares postparto, con remedios herbales y baños de hierbas (Hernández y Velazco, 2015). No obstante, prácticas como el parto en hospitales urbanos revelan tensiones directas con la cosmovisión ñāñhō: mientras la biomedicina impone condiciones “frías” (anestesia, aire acondicionado, cama de parto), la comunidad considera que el parto es un proceso “caliente”, lo que deriva en experiencias de discriminación y desatención por parte del personal de salud.

Estas tensiones también se expresan en el uso de productos comerciales como el Vick VapoRub®, que la comunidad incorpora dentro de su propia lógica curativa. De manera similar, la automedicación con antibióticos y medicamentos de libre acceso, así como las decisiones sobre a quién recurrir en casos graves, forman parte de un repertorio de prácticas híbridas que muestran tanto la flexibilidad cultural como las barreras estructurales en el acceso a una atención intercultural genuina (Menéndez, 2018).

Ante este panorama, el presente estudio se propone analizar la interacción entre los saberes tradicionales y la biomedicina en la comunidad ñāñhō asentada en la Colonia Roma, explorando las estrategias mediante las cuales preservan su autonomía sanitaria en un contexto de exclusión estructural. Se plantea responder a las siguientes preguntas de investigación:

¿Qué prácticas de salud se mantienen, cuáles se transforman y cuáles se rechazan en el contexto urbano?

¿Qué tensiones y resistencias emergen en el encuentro entre la biomedicina y los saberes ñāñhō?

¿De qué manera la comunidad negocia la incorporación de tratamientos biomédicos frente a situaciones de enfermedad común y grave?

A partir de una metodología cualitativa y etnográfica, se busca aportar evidencia empírica sobre las condiciones de salud, las barreras de acceso y las estrategias de autoatención desarrolladas por la comunidad. De este modo, se contribuirá a los debates de la Salud Colectiva, la Antropología Médica y la Salud Pública Intercultural, abordando que la interculturalidad en salud no es un concepto abstracto, sino una práctica situada en un campo de tensiones que refleja tanto desigualdades estructurales como formas de resistencia y agencia comunitaria.

Marco teórico-metodológico

La interculturalidad en salud constituye un campo de reflexión y acción que busca transformar las relaciones históricamente desiguales entre los sistemas médicos indígenas y la biomedicina. Este concepto no puede reducirse a una estrategia de integración institucional, sino que implica reconocer la existencia de múltiples epistemologías y la necesidad de relaciones horizontales entre ellas (Menéndez, 1990, 2022; Castro, 2021). Frente a la tendencia de los modelos hegemónicos que subordinan las prácticas indígenas como recursos complementarios o folclóricos, la interculturalidad crítica plantea la urgencia de confrontar las jerarquías epistémicas y crear escenarios de diálogo genuino (Walsh, 2010; Juárez, et al., 2014).

En América Latina, este debate se ha expresado en distintos niveles. Por un lado, existen políticas públicas que enuncian la interculturalidad en salud como parte de programas de inclusión social. Sin embargo, como advierten Castro y Frías (2020) y Ramírez-Hita (2014), dichos programas

suelen limitarse a un reconocimiento retórico, manteniendo intacta la hegemonía biomédica. Por otro lado, desde las comunidades indígenas se han desarrollado formas de resistencia epistémica que visibilizan los saberes ancestrales y cuestionan el monopolio biomédico sobre la definición de lo que se entiende como “ciencia” y “tratamiento válido”.

En el caso mexicano, los procesos de migración y urbanización han intensificado la convivencia de múltiples sistemas médicos. Las comunidades indígenas residentes en ciudades se encuentran en escenarios donde deben negociar sus prácticas con la biomedicina institucional, enfrentando discriminación, desigualdad en el acceso y exclusión epistémica (Eroza-Solana y Carrasco-Gómez, 2020; Menéndez, 2018; Olivé, 2004). Este proceso genera tensiones, porque mientras la biomedicina busca diagnósticos estandarizados y tratamientos universalistas, los pueblos indígenas defienden un modelo integral que incluye dimensiones espirituales, comunitarias y sociales. La medicina tradicional, en este sentido, no solo atiende enfermedades, sino que también reconstituye el tejido social y actualiza la identidad colectiva (Sierra, 2005; Breilh, 2013).

La diferencia de enfoques ha sido conceptualizada como una expresión del colonialismo epistémico, que invisibiliza o desvaloriza los saberes indígenas al someterlos a los criterios de validez científica definidos desde Occidente (Pérez-Ruiz, 2009; Quijano, 1992). Desde esta perspectiva crítica, la biomedicina no es simplemente un sistema médico, sino un dispositivo de poder que ejerce control sobre la vida, la enfermedad y el cuerpo. Al mismo tiempo, la medicina tradicional de pueblos como los ñāñhō constituye un espacio de resistencia cultural que no solo preserva conocimientos ancestrales, sino que los resignifica

en contextos urbanos contemporáneos (Aguado, 2019; Canuto-Castillo, 2017).

La medicina ñāñhō se fundamenta en una concepción integral del cuerpo y la salud, que incorpora la dimensión espiritual, la comunidad y el entorno como partes inseparables del bienestar. Bajo esta lógica, el proceso salud-enfermedad-atención no se explica por causas únicas, sino por desequilibrios múltiples en los órdenes físico, emocional y social (Menéndez, 2018). Este modelo contrasta con la fragmentación biomédica, que tiende a reducir el padecimiento a una patología individual. No obstante, la comunidad ñāñhō no rechaza de manera absoluta las prácticas biomédicas: las incorpora de manera selectiva, en función de su eficacia percibida, al mismo tiempo que preserva su propia cosmovisión. Esta negociación refleja un ejercicio de agencia cultural que permite mantener prácticas tradicionales a la vez que se adoptan estrategias pragmáticas frente a la exclusión estructural.

Las prácticas de sanación se convierten también en espacios de recomposición comunitaria. Frente a la fragmentación identitaria que produce la migración y la urbanización, los rituales, el uso de plantas medicinales y la transmisión intergeneracional de saberes permiten sostener la cohesión social. En este proceso, las mujeres juegan un papel fundamental al fungir como depositarias y transmisoras del conocimiento, consolidando la salud como un eje de continuidad cultural y de transformación social en la ciudad (Bartolomé, 2008; Aguado y Portal, 1992).

Desde este marco conceptual, la investigación adoptó un diseño cualitativo y etnográfico que permitió documentar las prácticas y significados de la salud en la comunidad ñāñhō residente en la Colonia Roma de la Ciudad de México. El trabajo

de campo se centró en el predio Guanajuato No. 125, habitado por familias originarias de Santiago Mexquititlán, Querétaro, quienes migraron a la capital en la década de 1990 y se organizaron mediante asociaciones civiles indígenas para acceder al derecho a la vivienda urbana (Canuto-Castillo, 2020; Jara, 2024). Este contexto permitió observar cómo las prácticas de salud se entrelazan con procesos de organización comunitaria, defensa de derechos y recomposición de identidades.

Las técnicas principales incluyeron entrevistas en profundidad y semi-estructuradas, que posibilitaron explorar tanto narrativas detalladas como datos concretos. Estas fueron complementadas con observación participante y con un registro sistemático de notas de campo. El enfoque permitió atender no solo a los discursos explícitos, sino también a los gestos, silencios y elementos contextuales que acompañan las prácticas de salud (Devereux, 1983; Hammersley y Atkinson, 1994).

Los temas explorados incluyeron: experiencias de salud en el lugar de origen y en la ciudad; prácticas de atención en contextos rurales y urbanos; percepciones sobre identidad étnica y recuperación de la salud; y el papel de la medicina en la recomposición comunitaria. Los participantes fueron seleccionados bajo un criterio reflexivo y etnográfico, con atención a la diversidad de género, edad y trayectoria de vida. En total, se entrevistaron habitantes de siete departamentos del predio, con edades entre 29 y 52 años, lo que permitió captar una gama amplia de perspectivas.

Todas las entrevistas fueron audio-grabadas con consentimiento informado y transcritas de manera íntegra, respetando pausas, repeticiones y términos en lengua ñāñhō, que fueron traducidos por los propios hablantes. La confidencialidad fue

Cuadro 1. Perfil sociodemográfico y padecimientos de salud referidos por población ñãñhõ urbana”

Pseudónimo	Sexo	Edad	Estado Civil	Ocupación	Tiempo en la Ciudad	Cuenta con seguridad Social	Enfermedades y malestares
Doña Lore	F	48	Separada	Comerciante Trabajo de maquila y costura para programas de uniformes	+ de 25 años	No	Diabetes Dolor de cintura Dolor lumbar Pies hinchados
Doña Tania	F	40	Casada	Ama de casa	20 años	No	Dolor de cintura Los nervios
Martina	F	35	Casada	Artesana de muñecas Ar Lelé	20 años	No	Diabetes Los nervios
Sergio	M	42	Casado	Venta de dulces y fruta	20 años	No	Dolor de articulaciones
Marina	F	30	Soltera	Venta de dulces y fruta	15 años	No	Dolor de espalda Dolor de cintura
Pedro	M	52	Viudo	----	+ de 30 años	Sí	Diabetes Hipertensión
Lourdes	F	29	Separada	Ama de casa	Toda su vida	No	Dolor de piernas Dolor de espalda
Leoba	F	40	Divorciada	Comerciante	20 años	No	Gastritis

Fuente: Elaboración propia.

resguardada mediante la asignación de pseudónimos. El análisis se realizó desde un enfoque intercultural y etnográfico, con discusiones periódicas en seminarios de supervisión académica, lo que favoreció una lectura crítica y colectiva del material (Aguado y de la Garza, 2018).

Es importante señalar que uno de los desafíos metodológicos fue la desconfianza inicial de algunos integrantes de la comunidad, quienes relacionaban la investigación con programas asistenciales o intereses partidistas. Para superar esta limitación, se trabajó en la construcción gradual de confianza, mediante la transparencia en los ob-

jetivos y la devolución constante de avances a la comunidad. Este proceso fue crucial para consolidar una relación horizontal y garantizar la calidad etnográfica de la información obtenida.

En conjunto, este marco teórico-metodológico articula la interculturalidad crítica en salud con un enfoque etnográfico situado, que permite comprender cómo la comunidad ñãñhõ negocia la relación entre saberes tradicionales y prácticas biomédicas en un contexto urbano marcado por desigualdad estructural. De este modo, no solo se describen prácticas de atención, sino que se visibilizan las tensiones, resistencias y estrategias de

adaptación que conforman el campo de la salud en la ciudad.

Resultados

La salud como equilibrio y resistencia cultural. Entre lo frío y lo caliente

En la experiencia de la comunidad ñãñhõ asentada en la Colonia Roma, la salud se entiende como un equilibrio dinámico entre cuerpo, alma, entorno natural y colectividad. Esta concepción no se ha debilitado con la migración desde Santiago Mexquititlán ni con la urbanización; por el contrario, se ha reforzado como una forma de sostener continuidad cultural frente a la hegemonía biomédica, que frecuentemente invisibiliza su dimensión social y simbólica (Hernández y Velazco, 2015).

Los testimonios muestran que este equilibrio no es una abstracción, sino un principio operativo en la vida cotidiana. Una entrevistada relató:

“Cuando alguien se enferma, no solo se trata de ver qué le duele, sino qué pasó en la casa, si hubo un coraje, si entró aire, si hubo un susto.”
(Leoba, 38 años, Ciudad de México)

En esta interpretación, el malestar físico está íntimamente ligado a los vínculos comunitarios y a las emociones compartidas. La salud adquiere, así, un sentido colectivo y relacional que articula la vida comunitaria en la ciudad.

La transmisión intergeneracional de saberes asegura que estas concepciones sigan vigentes. Abuelas y madres enseñan a hijas e hijos no solo recetas de tés, emplastos o baños de hierbas, sino también la manera de nombrar y entender la enfermedad. En la cocina, mientras se prepara un caldo o se ponen a secar plantas recolectadas en merca-

dos, circulan explicaciones sobre cómo reconocer un desequilibrio, qué hierba usar y qué cuidados seguir durante el embarazo o el postparto. En este proceso, las mujeres consolidan su papel como depositarias y transmisoras del conocimiento.

La etnografía muestra que estos momentos de enseñanza cotidiana constituyen un espacio de recomposición comunitaria. Una madre explicó cómo, al preparar un té de manzanilla para su hija, no solo le transmitía un remedio, sino también el valor de: “Hacer lo que nos enseñaron los abuelos.” (Martina, 42 años, Ciudad de México)

De esta manera, el cuidado del cuerpo se convierte en un acto pedagógico y de resistencia cultural que reafirma la identidad indígena en un entorno urbano adverso.

Esta visión de la salud como equilibrio no solo permite enfrentar enfermedades, sino también construir un sentido de re-existencia en la ciudad. Siguiendo a Walsh (2009), re-existir significa recrear prácticas ancestrales en contextos contemporáneos, resistiendo al mismo tiempo que se generan nuevas formas de vida. En este caso, la re-existencia se expresa en la persistencia y adaptación de los saberes médicos ñãñhõ en la Colonia Roma, en oposición a la fragmentación biomédica que trata al cuerpo como un objeto aislado de su contexto social.

Los hallazgos etnográficos permiten afirmar que la salud, en este marco, no es solo un estado de equilibrio físico, sino también un mecanismo de resistencia cultural y de organización comunitaria. Este énfasis en la integralidad abre paso a comprender cómo categorías como el frío y el calor operan en la vida cotidiana como criterios fundamentales de diagnóstico y tratamiento, es-

tructurando tanto las prácticas curativas como las experiencias de discriminación en los servicios de salud urbanos.

El frío y el calor: fundamentos de la salud ñāñhō

Uno de los principios centrales de la medicina tradicional ñāñhō es la regulación del frío y el calor en el cuerpo. Esta lógica, compartida por diversas comunidades indígenas mesoamericanas, se mantiene como un criterio fundamental de diagnóstico y tratamiento en la vida urbana (Lozoya y Zolla, 2015). Desde esta perspectiva, la enfermedad se concibe como una alteración del balance térmico del organismo y la curación como un esfuerzo por restaurar la armonía perdida (Aguado, 2019).

Las mujeres desempeñan un papel crucial en la preservación de este conocimiento. Son ellas quienes, a través de la experiencia cotidiana y la transmisión oral, aseguran que el equilibrio térmico se mantenga en momentos considerados críticos, como el parto, el postparto, los sustos o los dolores de cintura. En la voz de Martina se expresa esta lógica:

“Después del parto, nos tenemos que cubrir bien, porque si entra aire frío, nos duele la cabeza, los huesos, los oídos. Hay que tomar cosas calientes, caldito de gallina, tés, y bañarse con hierbas para sacar el frío.” (Martina, 42 años, Ciudad de México)

Este testimonio revela cómo el parto es considerado un evento “caliente”, que exige medidas para evitar la entrada de frío al cuerpo. El contraste con la biomedicina es notorio: en los hospitales urbanos, donde predominan condiciones “frías” como el aire acondicionado, las anestésicas o las

camillas metálicas, las mujeres ñāñhō enfrentan un entorno que contradice sus saberes. Esto provoca experiencias de tensión y discriminación, pues sus preocupaciones son desestimadas o ridiculizadas por el personal médico.

La importancia del equilibrio térmico no se limita al parto. En otras dolencias, como los resfriados, los dolores musculares o los malestares digestivos, el frío se percibe como un factor desencadenante de enfermedad. Leoba lo explica a partir de su propia experiencia:

“Aquí lo que se ve [...] es que a muchas de nosotras nos duele la parte de la panza, y pensamos que se debe a que aquí lavamos la ropa en el fregadero, pero que está adentro de la casa, y pues así nos quedamos con el frío aquí [se toca la parte alta del vientre]. [...] Cuando ya es mucho el frío, preparo un baño caliente con hierbas y me baño en ellas, además de tomarme un té de las mismas hierbas varias veces.” (Leoba, 38 años, Ciudad de México)

Este relato evidencia la manera en que el contexto urbano transforma los factores de riesgo: tareas domésticas como lavar ropa en espacios húmedos se interpretan como prácticas que introducen frío en el cuerpo, lo cual refuerza la necesidad de recurrir a baños y tés calientes. La lógica del frío y el calor, lejos de ser una herencia estática, se actualiza frente a nuevas condiciones de vida en la ciudad.

Las plantas medicinales juegan un papel esencial en este proceso. Hierbas como el epazote, el pirul o el romero son utilizadas no solo por sus efectos físicos, sino también por su dimensión simbólica: permiten expulsar el frío y restaurar el calor vital del organismo. Este uso refuerza lo señalado

por García-Hernández et al. (2022), quienes documentan cómo las categorías térmicas siguen funcionando como organizadores del cuidado indígena en contextos urbanos.

En conjunto, los testimonios muestran que el equilibrio térmico constituye una gramática compartida que ordena la experiencia de la enfermedad y guía la selección de remedios. A la vez, evidencian el choque con la biomedicina, que desconoce esta lógica y la considera una creencia no científica. Esta desvalorización no solo genera tensiones en el momento de la atención hospitalaria, sino que fortalece la decisión de la comunidad de sostener y transmitir sus propios saberes.

De esta manera, el principio de frío y calor no es únicamente un marco explicativo de dolencias, sino también una estrategia cultural de resistencia y continuidad. Este fundamento organiza la vida cotidiana de la salud en la comunidad ñāñhō y establece un puente hacia las formas en que lo tradicional y lo biomédico se combinan o se enfrentan en la práctica, cuestión que se observa con claridad en la dualidad de saberes que guía la atención de las enfermedades.

La dualidad de saberes. Lo tradicional y lo biomédico.

A pesar de la continuidad de las prácticas tradicionales, la comunidad ñāñhō ha desarrollado estrategias de complementariedad con la biomedicina. Este proceso no implica subordinación, sino una selección pragmática que se orienta por la eficacia percibida de los tratamientos, la gravedad del padecimiento y la disponibilidad de recursos económicos o de acceso. La biomedicina no desplaza automáticamente a los saberes tradicionales, sino que es probada y validada dentro del marco de referencia cultural de la comunidad.

Doña Lore resume con claridad esta lógica:

“Si mi hija tiene tos, primero le doy su tecito con hojas de fresno y le pongo un poco de Vick en el pecho. Si con eso no se le pasa, ya la llevo al doctor. Pero si voy primero al doctor, me da un jarabe que a veces no le sirve y terminamos haciendo lo mismo.” (Doña Lore, 50 años, Ciudad de México)

El testimonio ilustra cómo la biomedicina se inserta en un proceso de prueba y error, subordinado a la eficacia que el grupo atribuye a sus propias prácticas. Cuando los tratamientos médicos no resuelven, la comunidad regresa a sus remedios como saber confiable y cercano. Esto confirma lo señalado por Menéndez (2018) sobre la lógica indígena urbana de evaluar críticamente la biomedicina, más que aceptarla como verdad incuestionable.

Uno de los ejemplos más representativos de esta combinación de saberes es la incorporación de productos comerciales en la matriz cultural indígena. Doña Tania explica cómo los articula en su práctica cotidiana:

“Si el moco es amarillo y tienen picor en la garganta, voy y les preparo fresno con limón y bicarbonato. [...] Ya que se tomaron el té, los tapo, bien tapados junto con unas pastillas de Mejoralito y les sobo el pecho con VapoRub.” (Doña Tania, 40 años, Ciudad de México)

La narración evidencia un patrón de hibridación donde remedios tradicionales y productos farmacéuticos conviven de manera creativa. El VapoRub® o el Mejoralito no sustituyen las hierbas medicinales ni los tés, sino que se integran como complementos útiles. Esta apropiación cultural resignifica los objetos biomédicos dentro de la

lógica indígena, revelando que la interculturalidad no siempre es un diálogo entre sistemas médicos, sino una práctica cotidiana de adaptación y selección.

En el trabajo de campo también se observó que el uso de medicamentos biomédicos más especializados, como los antibióticos o las vacunas, es común en casos graves. Sin embargo, el acceso a estos recursos se acompaña de cierta desconfianza. El acceso a los antibióticos se hace a través del Sector Salud ya que solo con receta y además el costo de estos medicamentos es mayor. Aunque a quienes se les entrevistó reconocen su utilidad en situaciones extremas, también los consideran agresivos para el cuerpo si se usan de manera frecuente. Martina señala: “Sí los usamos, pero es costoso y difícil de obtenerlos. Mejor usamos lo que ya sabemos usar aquí” (Martina, 42 años, Ciudad de México).

Las voces aquí colocadas muestran que la farmacia alópata no es rechazada de forma absoluta, pero tampoco se integra en un marco de equivalencia. Su utilización depende de una evaluación culturalmente situada que distingue entre lo leve y lo grave, lo curable en casa y lo que exige recurrir a un hospital o farmacia, así como el costo que conlleva. Esta dualidad refleja, como señalan Ramírez-Hita (2014) y Castro (2021), que la interculturalidad en salud no se da como simetría entre sistemas, sino como negociación desigual marcada por fricciones y resistencias.

La comunidad ñãñhõ urbana construye una estrategia de complementariedad pragmática: mantiene la centralidad de sus saberes, incorpora selectivamente lo biomédico y reconfigura productos comerciales dentro de su lógica cultural. Esta dualidad de saberes se convierte en una he-

rramienta de agencia y autonomía, pero también en un campo de tensiones donde la hegemonía biomédica convive con resistencias cotidianas. La práctica de articular lo propio con lo externo marca el tránsito hacia escenarios de fricción más evidentes en la interacción con hospitales y centros de salud, que serán abordados en el siguiente apartado.

Interculturalidad en la práctica de salud

El análisis de la interacción entre los saberes tradicionales y la biomedicina en la comunidad ñãñhõ revela la existencia de dos modelos con enfoques contrastantes. Mientras la medicina tradicional concibe la salud como un equilibrio integral que articula procesos físicos, espirituales, sociales y ambientales, la biomedicina urbana —representada en centros de salud y farmacias— privilegia la resolución rápida de síntomas específicos (Pérez-Ruiz y Argueta-Villamar, 2011). Esta mirada fragmentada tiende a invisibilizar la complejidad de los procesos de sanación dentro de las comunidades indígenas, donde la enfermedad no se interpreta solo en términos fisiológicos, sino en relación con el bienestar colectivo y la armonía con el entorno.

Las prácticas basadas en el binomio “calor–frío” ilustran estas diferencias. Para los ñãñhõ, dolencias como el dolor de cintura o el malestar postparto, asociados al frío, se tratan con remedios calientes como baños de hierbas e infusiones (García-Hernández et al., 2022). Doña Lore relató que después de su último parto los dolores persistieron hasta que se sometió a un baño caliente de hierbas y continuó con infusiones:

“El cuerpo queda débil y frío. Si uno no se cuida, luego vienen más males. Los tés y los

baños calientes ayudan a que el cuerpo agarre fuerza otra vez.” (Doña Lore, 50 años, Ciudad de México)

En contraste, la atención hospitalaria se limita a suministrar analgésicos y anestesia, recursos considerados “fríos” desde la lógica indígena, lo que refuerza la percepción de incompreensión cultural. Este desencuentro evidencia cómo la biomedicina excluye categorías significativas para los pacientes, reproduciendo relaciones de poder que subordinan la experiencia indígena a criterios biomédicos de validez.

La etnografía también mostró que el acompañamiento de curanderas y vecinas constituye un aspecto esencial de la práctica de salud en la comunidad. Doña Tania recurre a ellas para tratar empachos o malestares infantiles, confiando no solo en sus remedios sino también en la contención emocional que proporcionan:

“Cuando la niña se empachó, vino mi vecina, le sobó y le dio su té. Pero lo más importante fue que me calmó a mí, me dijo que no me preocupara, que todo iba a estar bien.” (Doña Tania, 40 años, Ciudad de México)

Este ejemplo demuestra que las prácticas tradicionales cumplen una función doble: atender lo físico y reforzar la solidaridad comunitaria, dimensión que la medicina alópata no suele ofrecer. La biomedicina aparece como recurso técnico, pero sin el entramado social que la comunidad valora como parte esencial de la sanación.

En este contexto, la interculturalidad en salud no se presenta como un diálogo simétrico, sino como una estrategia de integración reflexiva y selectiva de elementos biomédicos. Los habitantes utilizan la biomedicina según la necesidad, pero mantie-

nen como base de su atención primaria los saberes tradicionales (Zambrano, 2005). Doña Lourdes lo expresa al explicar que para enfermedades leves acude al centro de salud, pero que la atención cotidiana sigue en manos de la comunidad:

“Si es algo que no pasa con lo de siempre, voy al doctor. Pero la mayoría de las veces me quedo con lo que me enseñó mi abuela y mi mamá, eso nunca falla.” (Doña Lourdes, 47 años, Ciudad de México)

Este enfoque intercultural, que en la práctica es más bien selectivo y situado, refleja una resistencia cultural que valora los saberes locales al mismo tiempo que incorpora lo externo bajo criterios propios. La comunidad no renuncia a sus tradiciones, sino que adapta ambos sistemas según las circunstancias, los recursos disponibles y la conceptualización de la gravedad.

La transmisión oral y el aprendizaje práctico de los remedios tradicionales cuidan tanto la salud como la ancestralidad. En palabras de Tania: “(...) cuando enseñamos a los hijos a curar con hierbas, no solo les damos medicina, les damos quiénes somos” (Doña Tania, 40 años, Ciudad de México).

Este acto asegura la continuidad del conocimiento y fortalece el sentido de comunidad. A través de estas prácticas, la salud se convierte en un espacio de recomposición colectiva y de resistencia frente a la fragmentación social propia de la vida urbana (Gutiérrez-Martínez et al., 2011).

La interculturalidad en la práctica de salud entre los ñãñhõ no puede entenderse como un diálogo constante ni como una integración armónica. Más bien, se trata de un proceso situado de selección, apropiación y resistencia, donde lo biomédico se

incorpora en función de su utilidad, mientras las prácticas tradicionales se sostienen como la base cultural y social de la atención. Este hallazgo confirma que la interculturalidad crítica se construye en contextos de tensión y asimetría, más que en espacios de igualdad, y que son precisamente estas tensiones las que mantienen vivos los saberes indígenas en la ciudad.

Tensiones y fricciones con la biomedicina

Los hallazgos muestran que la relación con el sistema biomédico se intensifica y se vuelve más conflictiva en “casos graves” (infecciones fuertes, complicaciones del parto, accidentes). La decisión de acudir al hospital no elimina la lógica cultural del cuidado: la comunidad negocia cada paso y, cuando es posible, procura mantener prácticas propias antes, durante y después de la atención institucional.

“En el hospital hacía mucho frío. Yo les dije que me daban escalofríos y que así no iba a estar bien, pero dijeron que ‘así se trabaja aquí’. Me trajeron una cobija, pero seguía el aire. Sentí que no me escuchaban.” (Doña Lore, 50 años, Ciudad de México)

La percepción de frialdad ambiental y desoído cultural aparece en múltiples relatos vinculados a salas de urgencias y de parto. Para las mujeres, el parto —entendido como proceso “caliente”— contrasta con protocolos “fríos” (aire acondicionado, anestesia, camillas metálicas), lo que alimenta sentimientos de vulnerabilidad y desconfianza. Estas experiencias no se reducen a preferencias personales, sino que expresan desencuentros epistemológicos que el personal de salud interpreta como “creencias”, mientras para la comunidad son criterios de resguardo corporal.

“Cuando me dijeron que me iban a poner la inyección, les pedí que no me dejaran descubierta porque me entra el aire. Me dijeron que eso no importa. Yo sentí que sí importaba.” (Doña Lore, 50 años, Ciudad de México)

Entre “lo leve” y “lo grave” se ubican decisiones farmacológicas intermedias que evitan, retrasan o complementan la consulta: analgésicos, antigripales y antibióticos. La automedicación con antibióticos aparece como práctica extendida, aunque condicionada por costo, disponibilidad con receta y percepciones de “debilitar el cuerpo” si se usan con frecuencia.

“Sí sirven los antibióticos, pero te dejan débil; por eso primero hacemos lo de la casa y ya si no, vamos por la medicina.” (Doña Tania, 40 años, Ciudad de México)

Estas decisiones confirman una interculturalidad no simétrica: el recurso biomédico se incorpora selectivamente bajo criterios comunitarios de gravedad y eficacia percibida. A la vez, la experiencia hospitalaria refuerza la agencia de la comunidad para modular la exposición a prácticas que perciben como riesgos “fríos”.

“Para las cosas que se pasan con té y baños, mejor aquí con las vecinas. Si se complica, vamos al centro de salud, pero siempre cuidándonos del frío.” (Doña Lourdes, 47 años, Ciudad de México)

Las tensiones se expresan en tres planos: ambiental/procedimental (frío hospitalario vs. resguardo térmico), epistémico (desvalorización de categorías indígenas) y farmacológico (uso situado de antibióticos). Estas fricciones no anulan la relación con la biomedicina, pero la reubican en un

régimen de uso condicionado por la cosmología ñãñhõ. Este patrón de conflicto y negociación cierra el arco de resultados y abre el paso a discutir cómo estas prácticas confirman —o disputan— las promesas de la interculturalidad crítica en salud.

Conclusiones

Los hallazgos muestran que la lógica de frío y calor funciona como un principio organizador de las prácticas de salud de la comunidad ñãñhõ en la Colonia Roma. Esta categoría no solo explica dolencias frecuentes (postparto, resfriados, dolores musculares), sino que guía la selección de tratamientos herbales y el resguardo térmico. En diálogo con investigaciones previas (Lozoya y Zolla, 2015; García-Hernández et al., 2022), se confirma que estas nociones no han desaparecido en el contexto urbano, sino que se reconfiguran frente a nuevas condiciones de riesgo, como los espacios húmedos y fríos en viviendas o el uso de aire acondicionado en hospitales. Su vigencia evidencia la capacidad de los pueblos indígenas para adaptar marcos conceptuales ancestrales a entornos urbanos contemporáneos.

Al situar estos resultados en el debate sobre interculturalidad en salud, se observa que la interacción entre saberes indígenas y biomedicina no ocurre en términos horizontales, sino en escenarios de fricción y asimetría. Autores como Walsh (2010), Castro y Frías (2020) y Ramírez Hita (2014) han señalado que la interculturalidad crítica no puede reducirse a la coexistencia retórica de sistemas, sino que requiere cuestionar las jerarquías epistémicas que colocan a la biomedicina en posición dominante. La evidencia etnográfica confirma este planteamiento: las mujeres ñãñhõ recurren selectivamente a recursos biomédicos,

pero lo hacen bajo criterios locales de eficacia, accesibilidad y costo, subordinando la biomedicina a sus propias lógicas culturales.

Otro punto relevante es la agencia pragmática de la comunidad en la adopción o rechazo de tratamientos. En lugar de un “diálogo constante de saberes”, lo que se observa es un proceso de evaluación situado: remedios tradicionales para casos leves, combinación con productos comerciales en situaciones intermedias y uso de antibióticos o atención hospitalaria únicamente en casos graves. Este hallazgo coincide con la noción de proceso salud–enfermedad–atención (PSEA) de Menéndez (2018), que plantea la atención como una práctica social donde interactúan experiencias, recursos y relaciones de poder. La comunidad ñãñhõ reafirma su autonomía al no aceptar de manera acrítica las prescripciones biomédicas, sino al compararlas y reubicarlas dentro de su propio marco cultural.

Finalmente, los resultados dialogan con la literatura sobre pueblos indígenas en contextos urbanos (Eroza-Solana y Carrasco-Gómez, 2020; Canuto-Castillo, 2017), que destacan la salud como espacio de resistencia cultural y recomposición comunitaria. En la Colonia Roma, cada práctica de cuidado —desde la preparación de un té hasta el acompañamiento de una curandera o vecina— funciona como un acto de transmisión de saberes y de cohesión social. La salud, en este sentido, no se limita al alivio de síntomas, sino que constituye un mecanismo para sostener vínculos colectivos y reafirmar identidades. La discusión evidencia, por tanto, que la interculturalidad no se expresa en escenarios de armonía, sino en una práctica cotidiana de adaptación, resistencia y negociación, donde lo indígena no desaparece, sino que se transforma y se fortalece en la ciudad.

El análisis etnográfico de la comunidad ñãñhõ asentada en la Colonia Roma muestra que la relación entre los saberes tradicionales y la biomedicina se configura como una convivencia conflictiva y asimétrica, más que como un diálogo horizontal. La biomedicina conserva su hegemonía institucional y define protocolos y estándares de atención, pero la vida cotidiana de la comunidad se organiza desde un principio de equilibrio relacional que articula cuerpo, comunidad, espiritualidad y entorno, lo cual desborda los marcos estrictamente clínicos (Breilh, 2013; Menéndez, 2018). La evidencia de campo confirma que, ante dolencias comunes, se sostienen prácticas propias —tés, baños de hierbas, sobadas, resguardo térmico— y que, en situaciones percibidas como graves, se recurre selectivamente a centros de salud u hospitales, sin abandonar las pautas culturales que dan sentido al cuidado.

En este escenario, la comunidad no se subordina pasivamente al sistema dominante: ejerce agencia mediante estrategias de negociación y selección pragmática. La incorporación de recursos biomédicos y comerciales (como el VapoRub, analgésicos o antibióticos) ocurre bajo criterios locales de eficacia, costo y accesibilidad, y se supedita a la continuidad de los tratamientos tradicionales. Esta distinción situada entre lo “leve” y lo “grave” estructura un régimen de uso condicionado de la biomedicina, que responde a la experiencia histórica de desigualdad y a la necesidad de mantener autonomía terapéutica (Menéndez, 2018).

La relación con el sistema de salud institucional no se caracteriza por un rechazo absoluto ni por un diálogo armónico. Se trata de un proceso selectivo y situado, donde se adoptan ciertos elementos de la biomedicina al mismo tiempo que se preservan y reconfiguran los saberes tradicionales. La comunidad compara, prueba y jerarquiza

opciones de atención de acuerdo con su propia cosmología y con la trayectoria del padecimiento, tal como quedó documentado en los testimonios sobre cuidados postparto, dolores musculares, empachos infantiles y episodios respiratorios. Estas prácticas muestran que la interculturalidad en salud se juega en decisiones prácticas de cuidado, y no en enunciados abstractos de reconocimiento institucional.

Más allá del alivio de síntomas, la salud se vive como resistencia cultural y transformación social. La transmisión intergeneracional de saberes y el acompañamiento entre mujeres —madres, abuelas, vecinas, curanderas— sostienen el tejido comunitario y refuerzan la identidad-ancestralidad en un contexto urbano que tiende a fragmentar vínculos. Curar y enseñar aparecen imbricados: cada té, cada baño de hierbas, cada consejo sobre resguardo térmico es, a la vez, tratamiento y pedagogía comunitaria. Así, la atención a la salud se convierte en un espacio de recomposición social que habilita formas concretas de re-existencia en la ciudad (Hernández y Velazco, 2015).

El estudio también evidencia barreras y desigualdades persistentes en el acceso a una atención culturalmente pertinente: experiencias de desoído cultural y frialdad ambiental en hospitales, protocolos que excluyen categorías locales de entendimiento del cuerpo y prácticas discriminatorias que desalientan la consulta o desplazan la atención hacia la automedicación. Aunque el discurso oficial promueve la interculturalidad, su implementación suele ser superficial y condicionada, tolerando lo indígena solo cuando se ajusta a categorías biomédicas. De este modo, se reproduce el colonialismo epistémico y se reafirma la jerarquía del saber (Pérez-Ruiz, 2009; Pérez-Ruiz y Argueta-Villamar, 2011; Quijano, 1992).

Un hallazgo central es la vigencia de las categorías térmicas frío/calor como marco organizador del cuidado. Este esquema guía diagnósticos y tratamientos (en parto, postparto y afecciones digestivas o musculares) y entra en tensión con ambientes y procedimientos hospitalarios percibidos como “fríos”. Al desconocer estas categorías, la biomedicina debilita la confianza terapéutica y erosiona la adherencia a los tratamientos. En cambio, cuando los servicios de salud reconocen la importancia de estos criterios y ajustan las condiciones de atención, se generan puentes concretos de pertinencia cultural. La interculturalidad, en este sentido, no puede limitarse a un reconocimiento discursivo: requiere transformar ambientes y procedimientos para dialogar con los principios que estructuran el cuidado indígena en la vida urbana.

Barreras y desigualdades en el acceso a la salud

La investigación muestra con claridad que uno de los mayores obstáculos para la atención de la comunidad ñañhō radica en la falta de reconocimiento institucional de la medicina indígena. Los testimonios recogidos revelan episodios de discriminación en hospitales y centros de salud, donde los saberes tradicionales son ignorados o, en el mejor de los casos, tolerados como prácticas “complementarias”. Esta desvalorización se traduce en desconfianza hacia el sistema biomédico y en una preferencia por atender dolencias dentro de la comunidad, lo que restringe el acceso a una atención culturalmente pertinente.

En términos estructurales, persisten barreras económicas, lingüísticas y culturales que refuerzan la exclusión. La biomedicina impone protocolos que desconocen categorías centrales como el equilibrio frío-calor o el resguardo térmico postparto,

lo cual genera malestar y percepción de riesgo entre los pacientes. Como señalaron Pérez-Ruiz (2009) y Quijano (1992), este fenómeno reproduce el colonialismo epistémico: la subordinación de los saberes indígenas a un régimen de validez definido exclusivamente por Occidente.

Si bien el discurso de la interculturalidad en salud ha sido promovido en políticas públicas como vía de inclusión, su implementación ha sido superficial y limitada. En muchos casos, la medicina tradicional es aceptada solo cuando se ajusta a categorías biomédicas —por ejemplo, como “medicina alternativa” o “remedio herbolario”— lo que refuerza la relación jerárquica y reduce la práctica indígena a un auxiliar del sistema dominante. Este estudio aporta evidencia empírica para mostrar que la interculturalidad no puede restringirse a la mera coexistencia de saberes: es necesario cuestionar las relaciones de poder que sostienen la hegemonía biomédica y reconocer la legitimidad de los sistemas indígenas en sus propios términos.

Hacia una interculturalidad crítica en salud

Los hallazgos invitan a repensar la interculturalidad desde una perspectiva crítica (Walsh, 2010; Castro y Frías, 2019); Ramírez-Hita, 2014), que no solo reconozca la coexistencia de distintos sistemas médicos, sino que también desafíe y transforme las desigualdades epistémicas. La evidencia etnográfica confirma que, aunque la comunidad ñañhō incorpora recursos biomédicos, lo hace bajo condiciones culturales propias, manteniendo la centralidad de su cosmovisión. Esto implica que cualquier propuesta intercultural debe reconocer esa agencia y no reducir la medicina indígena a un repertorio de prácticas folclóricas.

Transformar la estructura de los servicios de salud requiere avanzar en tres ejes fundamentales:

- Construir una **relación médica con sensibilidad intercultural**, que respete y valore las concepciones indígenas del cuerpo y la enfermedad.
- Diseñar **modelos de atención horizontales y no invasivos**, que posibiliten complementariedad real y no subordinación.
- Abrir **canales de participación comunitaria** en la toma de decisiones, donde las comunidades indígenas definan junto con profesionales y autoridades los lineamientos de atención.

Además, es imprescindible que tanto el personal de salud como la academia cuestionen la verticalidad que históricamente ha caracterizado su relación con los pueblos originarios. La biomedicina no puede seguir operando como único saber legítimo: urge desmontar los privilegios que sostienen la jerarquía epistémica y reconocer que los conocimientos indígenas constituyen sistemas dinámicos y contemporáneos de cuidado.

A pesar de estas barreras, la comunidad ñañhõ demuestra una notable capacidad de re-existencia. Ha sabido redefinir sus prácticas médicas en la ciudad sin perder la centralidad de su cosmovisión, combinando estrategias de autoatención, redes comunitarias y recursos biomédicos bajo criterios propios. No obstante, algunos casos graves siguen requiriendo el regreso al pueblo de origen como estrategia de sanación, lo cual revela tanto la fortaleza de la medicina tradicional como las limitaciones del acceso urbano. Este retorno, sin embargo, implica costos económicos elevados que lo hacen poco viable para muchas familias, mostrando la urgencia de generar condiciones urbanas que garanticen la pertinencia cultural en los servicios de salud.

Hacia un modelo de salud inclusivo y equitativo

La experiencia de la comunidad ñañhõ residente en la Colonia Roma confirma que la biomedicina no es un sistema autosuficiente ni absoluto. En su vida cotidiana, las familias han demostrado que conviven y negocian constantemente entre distintas formas de entender y tratar la salud, articulando remedios caseros, rituales de sanación, plantas medicinales, productos comerciales y recursos biomédicos. Reconocer esta diversidad epistémica no es un gesto de tolerancia cultural, sino un ejercicio de justicia histórica y epistémica: implica aceptar que los pueblos originarios han construido sistemas médicos propios que, lejos de ser obsoletos, continúan adaptándose y ofreciendo respuestas efectivas en contextos urbanos de desigualdad.

Este estudio muestra que hablar de interculturalidad en salud no puede limitarse a discursos inclusivos ni a políticas de integración formal. Tal como señalan Juárez (et al., 2014), Castro y Frías (2020) y Ramírez-Hita (2014), la interculturalidad crítica demanda cuestionar las relaciones de poder que han desvalorizado los saberes indígenas, al tiempo que desmantela los procesos de folclorización —incluidos los que, bajo la etiqueta de la ola *New Age*, trivializan prácticas médicas ancestrales y las convierten en productos de consumo descontextualizados. Reconocer la medicina indígena en sus propios términos supone rechazar tanto su subordinación a categorías biomédicas como su exotización superficial.

Desde una perspectiva crítica, la comunidad ñañhõ ofrece un horizonte alternativo para la construcción de modelos de salud más equitativos. Su práctica cotidiana demuestra que la salud

no es un hecho estrictamente biológico, sino un proceso relacional que articula cuerpo, emociones, espiritualidad, comunidad y entorno. La transmisión intergeneracional de saberes, los espacios de cuidado colectivo y la recomposición del tejido social en torno a la enfermedad revelan que el cuidado es, simultáneamente, un acto de sanación y de resistencia cultural. La biomedicina, en su afán de estandarización, suele desconocer esta integralidad y reduce el bienestar a la administración de tratamientos individuales. No obstante, podría aprender de estas estrategias comunitarias, integrando enfoques que reconozcan el peso de las dimensiones sociales y culturales en la atención.

El aporte de esta investigación a la Salud Colectiva, la Medicina Social, la Antropología Médica y la Salud Pública Intercultural radica en mostrar cómo los pueblos indígenas urbanos construyen estrategias de re-existencia en condiciones de desigualdad estructural. Los ñañhõ no solo han preservado prácticas ancestrales, sino que también han generado mecanismos de aprendizaje colaborativo y horizontal, donde el conocimiento se transmite y se reconfigura en función de la experiencia compartida. Este proceso fortalece la autonomía comunitaria y propone un modelo alternativo de atención basado en el diálogo, la reciprocidad y el cuidado colectivo.

Frente a ello, el reto para los servicios de salud es profundo: no basta con capacitar al personal en “competencias interculturales” ni con añadir secciones de medicina tradicional en manuales clínicos. Es indispensable transformar las estructuras de atención, creando espacios de encuentro intercultural genuinos, donde la voz de las comunidades indígenas tenga agencia y poder de decisión. Solo así será posible superar la lógica de la

subordinación epistémica que ha caracterizado la relación entre la biomedicina y los saberes originarios.

La comunidad ñañhõ nos recuerda que la salud es un proceso integral de acompañamiento. Los hospitales y clínicas deberían pensarse no solo como espacios técnicos de diagnóstico y tratamiento, sino como escenarios de aprendizaje mutuo, donde los conocimientos médicos indígenas se reconozcan como sabiduría legítima. Esto implica abrir canales de participación para que las comunidades indígenas puedan definir, junto con profesionales y autoridades, políticas y protocolos de atención que respondan a sus necesidades culturales y sociales.

En este sentido, avanzar hacia un modelo de salud inclusivo y equitativo requiere un cambio de paradigma: pasar de un sistema que impone soluciones estandarizadas a otro que se nutra de la pluralidad epistémica. La interculturalidad crítica en salud no es un complemento retórico ni una etiqueta decorativa; es una práctica política y ética que interpela a las instituciones, a la academia y a la sociedad en general. El desafío consiste en desmontar la jerarquía del saber médico occidental y en reconocer que los pueblos indígenas poseen no solo derecho, sino también capacidad plena de producir conocimiento válido para la vida y la sanación.

La comunidad ñañhõ residente en la Ciudad de México ofrece una lección fundamental: la salud no se construye en soledad ni se reduce a tratamientos individuales. Es un proceso colectivo, situado y en constante negociación, donde el bienestar se teje entre la memoria ancestral y las estrategias contemporáneas de supervivencia. Reconocer esta práctica como un aporte legítimo no

solo dignifica a las comunidades indígenas, sino que abre la posibilidad de transformar el sistema

biomédico en un espacio más justo, dialogante y socialmente transformador.

Referencias bibliográficas

- AGUADO, J. C. (2019). “La salud otomí en condiciones de migración urbana. Salud-enfermedad un problema etnocéntrico. Elementos para una reflexión antropológica”, *Aries. Anuario de Antropología Iberoamericana*, pp. 1-22.
- AGUADO, J. C. y DE LA GARZA, M. A. (2018). *Antropología y psicoanálisis: psicocomunidad*, México: Colofón, 388 pp.
- AGUADO, J. C., y PORTAL, M. (1992). *Identidad, ideología, y ritual*. Ed. UAM-Iztapalapa, México.
- BARTOLOMÉ, M. A. (2008). “La diversidad de las diversidades. Reflexiones sobre el pluralismo cultural en América Latina”, *Cuadernos de Antropología Social*, no. 28 año 2008, pp. 33-49.
- BREILH, J. (2013). “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(supl 1), pp. 13-27.
- CANUTO-CASTILLO, F. (2017). “Lenguas indígenas de México en contexto urbano. Una aproximación al caso de León, Guanajuato, México”, *UniverSOS. Revista de Lenguas Indígenas y Universos Culturales*, núm. 14, pp. 9-30.
- CANUTO-CASTILLO, F. (2020). “*Yá nthogi ya jä'itho nsant'ago nt'ähi, maxei: Historias de los otomíes de Santiago Mexquititlán, Querétaro*”. Universidad de Guanajuato. (Catálogo/editorial con ficha e ISBN).
- CASTRO, R., y FRÍAS, S. M. (2020). “Obstetric Violence in Mexico: Results from a 2016 National Household Survey. Violence Against Women”, 26(6-7), 555-572. <https://doi.org/10.1177/1077801219836732>
- DEVEREUX, G. (1983). *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. México, Siglo XXI, 88 pp.
- EROZA-SOLANA, E., y CARRASCO-GÓMEZ, M. (2020). “La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia”, en *LiminaR*, 18(1), pp. 112-128. <https://doi.org/10.29043/liminar.v18i1.725>
- GARCÍA-HERNÁNDEZ, K. Y., VIBRANS, H., y VARGAS GUADARRAMA, L. A. (2022). “Frio y caliente, en México: categorías, dominios y distribución de un sistema de clasificación popular mesoamericano”, *Cuicuilco. Revista De Ciencias Antropológicas*, 29(84), pp. 107-150. <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/cuicuilco/article/view/18365>
- GUTIÉRREZ-MARTÍNEZ, D., MOCELLIN-RAYMUNDO, M. y VIESCA-TREVIÑO, C., (2011). “Bioética y salud intercultural: apuntamientos para una conexión necesaria y posible”, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49(3), pp. 325-330.
- HAMMERSLEY, M., y ATKINSON, P. (1994). *Etnografía. Métodos de Investigación*. Barcelona: Paidós, 70 pp.
- HERNÁNDEZ, M., y VELAZCO, L. (2015). “La etnicidad cuestionada: Ancestralidad en las hijas e hijos de inmigrantes indígenas oaxaqueños en Estados Unidos”, *Migraciones Internacionales*, 8(2), pp. 133-164.
- JARA, C. (2024). “Hacia una antropología de la salud desde la antropología crítica”, en *Revista de la Academia*, Número 32 Otoño, pp. 192-210. DOI <https://doi.org/10.25074/0196318.37.2695>

- JUÁREZ-RAMÍREZ, C., MÁRQUEZ-SERRANO, M., SALGADO DE SNYDER, N., PELCASTRE-VILLAFUERTE, BE., RUELAS-GONZÁLEZ, MG., y REYES-MORALES, H. (2014). “La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes”. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 35(4):284-90.
- LOZOYA, X., y ZOLLA, C. (2015). Lo invisible es verde. *El Vidrio en el espejo*. CINVESTAV.
- MENÉNDEZ, E. (1990). *Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones* México: CIESAS, 254 pp.
- MENÉNDEZ, E. L. (2018). “Antropología médica en América Latina 1990-2015: una revisión estrictamente provisional”, *Salud Colectiva*, 14(3), pp. 461-481. DOI <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1838>
- MENÉNDEZ, E. L. (2022). “Orígenes y desarrollo de la medicina tradicional: una cuestión ideológica”, en *Salud Colectiva*, 18, pp. 1-25. DOI <https://doi.org/10.18294/sc.2022.4225>
- OLIVÉ, L. (2004). *Interculturalismo y justicia social Autonomía e identidad cultural en la era de la globalización*. México, UNAM, 232 pp.
- PÉREZ RUIZ, M. L., y ARGUETA VILLAMAR, A. (2011). “Saberes indígenas y diálogo intercultural”, en *Cultura y representaciones sociales*, 5(10), pp. 31-56.
- PÉREZ RUIZ, M. L. (2009). “¿De qué hablamos cuando nos referimos a lo intercultural? Reflexiones sobre su origen, contenidos, aportaciones y limitaciones”, en *Valladares, L., Pérez Ruiz, M. L., y Zárate Vidal, M. (Coords.), Estados plurales. El reto de la diversidad y la diferencia*, México: UAM-I, pp. 199-228.
- QUIJANO, A. (1992). “Colonialidad y modernidad/racionalidad”, *Perú Indígena*, 13(29), pp. 11-20.
- RAMÍREZ-HITA, S. (2014). “Salud, globalización e interculturalidad: una mirada antropológica a la situación de los pueblos indígenas de Sudamérica. *Ciência y Saúde Coletiva*” v. 19, n. 10, pp. 4061-4069. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141910.09372014>.
- CASTRO, A. R. (2021). “Hacia una tipología de la interculturalidad en salud: alcances disputas y retos”, *Andamios*, 18(45), pp. 535-552. <https://doi.org/10.29092/uacm.v18i45.829>
- SIERRA, M. T. (2005). “Derecho indígena y acceso a la justicia en México: Perspectivas desde la interlegalidad”, *Revista IIDH*, 41, pp. 287-314.
- WALSH, C. (2010). “Interculturalidad crítica y pedagogía decolonial”, Capítulo en *Construyendo Interculturalidad Crítica*. Coords. Viaña, Tapia y Walsh., Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello, La Paz.
- WALSH, C. (2009). *Interculturalidad, Estado, Sociedad. Luchas (de)coloniales de nuestra época*. Quito: UASB/Abya Yala, 2009.
- ZAMBRANO, C. V. (2005). Interculturalidad, reconocimiento y diversidad ampliada. *Revista Interculturalidad*, año 1, No. 1, octubre 2004-marzo 2005, Santiago, Chile, pp. 89-106.