

Tribus nómadas y la integración de la salud, el bienestar y el conocimiento ecológico tradicional en la India

Por Amit Rawat, Ph.D.

Traducción de Yesenia Cortés



Figura 1

Familia pastoral nómada en Rajastán en un campamento temporal en el desierto, que ilustra la transmisión intergeneracional de conocimientos ecológicos y prácticas de salud comunitarias entre pueblos nómadas de la India. Fotografía de intek1 / iStock.

RESUMEN

Este artículo examina la intersección de la salud, el bienestar y el conocimiento ecológico tradicional (CET) entre las tribus nómadas y denotificadas¹ de la India desde una perspectiva etnográfica y feminista crítica. A partir del trabajo de campo realizado con las comunidades raika, van

¹ Nota de la traductora: el término “tribus denotificadas” refiere a comunidades que, bajo el dominio británico, fueron etiquetadas como “criminales” por ley. Aunque esa clasificación fue anulada tras la independencia, muchas siguen enfrentando discriminación, pobreza y estigma. No forman parte de las categorías oficiales de Tribus Registradas, y a menudo coinciden con grupos nómadas. Entre ellas se encuentran comunidades como Bhil, Gonds, Santhal o Munda. Hoy continúan reclamando reconocimiento y derechos que aún les son limitados.

gujjar y sansi, el estudio destaca cómo estos grupos sustentan sistemas de salud con raíces culturales profundamente arraigados en las relaciones ecológicas, los ritmos estacionales y la transmisión de conocimientos con perspectiva de género. A pesar de poseer ricas tradiciones medicinales y curativas, estas comunidades siguen excluidas de la atención médica formal debido a la criminalización histórica, la invisibilidad legal y el diseño de políticas que favorecen a las poblaciones sedentarias. La investigación subraya la necesidad de modelos de salud pluralistas, móviles y culturalmente respetuosos que integren a los curanderos tradicionales, reconozcan el rol de las mujeres como guardianas de la salud y protejan el conocimiento indígena mediante marcos legales e institucionales. Mediante un análisis temático, el estudio propone una reimaginación de la salud pública en India: una que sea inclusiva, decolonial y receptiva a las realidades vividas por los pueblos nómadas. Los hallazgos abogan por una transformación de políticas basada en la gobernanza participativa, la justicia ecológica y la pluralidad epistémica.

Palabras clave: Tribus nómadas, conocimiento ecológico tradicional (CET), sistemas de salud indígenas, etnografía feminista, tribus denotificadas, pluralismo médico, políticas de salud pública, justicia epistémica, género y sanación, integración de la salud comunitaria.

1. Introducción

Según la Comisión Renke (2008), la población total de India incluye entre un 10 % y 12 % de tribus nómadas, seminómadas y denotificadas. Estas comunidades permanecen en gran medida excluidas de los marcos de desarrollo debido a sus estilos de vida móviles, la criminalización histórica y la falta de visibilidad política (Renke 2008; Bhukya 2014). A pesar de la marginación sistémica, han preservado sistemas intrincados de conocimiento ecológico tradicional (CET), especialmente relacionados con la salud y el bienestar, transmitidos oralmente de generación en generación. Este artículo explora cómo estas prácticas indígenas se intersectan con la salud pública moderna, enfatizando cómo una perspectiva feminista puede exponer

las dinámicas de género en la producción de conocimiento, el trabajo de cuidado y el descuido institucional de las mujeres como sanadoras y portadoras de conocimiento (Haraway 1988; Fricker 2007).

Tribus nómadas como los banjaras, van gujjars, gaddis y rabaris se han dedicado históricamente al pastoreo, el comercio de sal y a la subsistencia basada en los bosques, lo que requiere movilidad entre regiones (Sharma 2010; Baviskar 2003). Sin embargo, su identidad nómada choca con el sesgo sedentario de las instituciones estatales modernas, que basan la prestación de asistencia social en domicilios fijos (Scott 1998). Como resultado, son sistemáticamente excluidos de los sistemas de racionamiento, los planes de

salud y la representación electoral (Informe de la NCDNT² 2017). La Ley de Tribus Criminales de la época colonial (1871) institucionalizó aún más su estigma, calificándolos de delincuentes hereditarios. Aunque fue derogada en 1952, sus efectos persisten a través de las prácticas policiales y la discriminación social (Radhakrishna 2001; Bhukya 2014). Esta historia de violencia estatal e invisibilidad burocrática impacta su acceso a los servicios de salud, la educación y los derechos ecológicos.

El modelo de salud pública dominante en India, estructurado en torno a Centros de Salud Primaria (CSP) y hospitales estatales, opera bajo el supuesto de sedentarismo, sin atender a las poblaciones móviles (Dasgupta 2006). Las comunidades nómadas a menudo carecen de acceso a atención médica básica debido a problemas de documentación, lejanía geográfica y desconfianza cultural hacia los sistemas biomédicos (Banerjee y Raza 2020). Programas gubernamentales como Ayushman Bharat exigen el registro Aadhaar y prueba de residencia, de los que carecen muchas tribus nómadas (Ghosh 2018). Además, la insensibilidad cultural entre los trabajadores de la salud, quienes a menudo desestiman la curación indígena como superstición, resulta en alienación y subutilización de los servicios (Lang y Bartram 2012). Esta ceguera institucional a los paradigmas de salud no occidentales perpetúa los malos resultados de salud y refuerza la marginalidad de las vidas nómadas (Agrawal y Gibson 1999).

El conocimiento ecológico tradicional (CET) abarca sistemas de conocimiento desarrollados localmente que reflejan la interacción de

una comunidad con su entorno ecológico (Berkes 1999). Para las tribus nómadas, el CET es inseparable de sus paisajes: bosques, ríos y pastos, donde la salud y la curación se basan en observaciones, rituales y equilibrio ecológico (Sundar 2000). Comunidades como los van gujjar utilizan hierbas del bosque para tratar infecciones respiratorias y dolencias gastrointestinales (Saberwal 1999), mientras que los Gaddis de Himachal Pradesh dependen de la flora específica de la altitud para el dolor y la resistencia (Kapoor 2015). Este conocimiento es intergeneracional, se transmite oralmente y está profundamente vinculado al género, con mujeres que ejercen como curanderas, parteras y cuidadoras (Virdi 2012). Estas prácticas representan no solo la “medicina tradicional”, sino una cosmovisión holística en la que se entrelazan el bienestar, la ecología y la cosmología (Kothari 2014).

Desde una perspectiva epistemológica feminista, es crucial examinar cómo las mujeres de las tribus nómadas actúan como guardianas del CET, especialmente en las prácticas relacionadas con la salud (Haraway 1988; Harding 1991). Sin embargo, las instituciones estatales y científicas a menudo devalúan el conocimiento de las mujeres, calificándolo de “no científico” o “folclore”, lo que refleja lo que Miranda Fricker (2007) denomina injusticia epistémica. Las mujeres nómadas gestionan la salud reproductiva, la herbolaria, el parto y los rituales espirituales, áreas en gran medida

² Nota de la traductora: Estas siglas refieren a la National Commission for Denotified, Nomadic and Semi-Nomadic Tribes (Comisión Nacional para Tribus Nómadas, Seminómadas y Denotificadas)

ignoradas en el discurso de la salud pública (Pande 2011). La triple carga que enfrentan — trabajo productivo, reproductivo y comunitario— se ve agravada por la falta de reconocimiento, derechos y voz en la formulación de políticas (Sen y Dreze 2002; Menon 2012). La ecología política feminista sostiene que cuando ocurre una degradación ecológica (como la deforestación o la contaminación), las mujeres son las más afectadas, especialmente en términos de acceso al agua, higiene y trabajo de cuidado (Agarwal 1992; Rocheleau et al. 1996).

1.1 La crisis de la integración del conocimiento en salud

A pesar de la riqueza del conocimiento ecológico tradicional (CET), rara vez se integra significativamente en la atención médica convencional. El sistema AYUSH en India promueve el Ayurveda, el Unani y la Homeopatía, pero excluye en gran medida las tradiciones locales, comunitarias y de salud bucal, especialmente las practicadas por mujeres nómadas o tribales (Lang y Bartram 2012; Reddy 2019). Los sistemas biomédicos tienden a extraer compuestos “útiles” de las hierbas, ignorando la importancia contextual, cultural y espiritual de las prácticas curativas (Shiva 2007). Esta lógica extractiva socava los cimientos mismos del CET y lo convierte en un producto comercial. Las críticas feministas exigen modelos dialógicos de conocimiento en salud, donde las mujeres indígenas no sean sujetos pasivos, sino cocreadoras de políticas y prácticas (Narayan 1989; Harding 2004). Se necesitan marcos participativos como la investigación participativa

comunitaria (IPC) y los protocolos comunitarios bioculturales para garantizar la colaboración y el reconocimiento éticos (Baviskar 2003).

Un enfoque transformador para la salud nómada debe ser móvil, inclusivo y participativo. Las unidades móviles de salud adaptadas a los patrones de movimiento pastoral, los trabajadores de salud comunitarios capacitados dentro de las tribus y el reconocimiento legal de los curanderos tradicionales son pasos políticos clave (NCDNT, 2017). Los sistemas de salud con información feminista deben documentar y apoyar el conocimiento de las mujeres sobre hierbas, curación y reproducción a través de proyectos de historia oral y mapeo etnobotánico (Shiva y Jalees 2003). También es esencial crear espacios de diálogo intercultural donde los sistemas biomédicos e indígenas puedan coexistir con respeto mutuo e intercambio no jerárquico (Kothari et al. 2019). Si no se abordan las exclusiones de género y los desplazamientos ecológicos, cualquier política de salud para las tribus nómadas queda incompleta. La invisibilización de los sistemas de conocimiento nómada y de las contribuciones de las mujeres a la atención médica refleja problemas más profundos de jerarquía epistémica, negligencia patriarcal y heridas coloniales (Fricker 2007; Bhukya 2014). Avanzar requiere más que la prestación de servicios: exige reimaginar la salud como una práctica pluralista, ecológica y con justicia de género. Una perspectiva feminista no solo visibiliza a quienes están excluidos de la producción de conocimiento, sino que también nos ayuda a comprender la interconexión entre el cuidado, la naturaleza y la justicia en los marcos

de salud. Al honrar el conocimiento ecológico tradicional nómada e integrar las voces de las mujeres en el centro, India puede construir un paradigma de salud pública inclusivo y sostenible.

2. Metodología

Este estudio emplea una metodología etnográfica crítica cualitativa, basada en marcos feministas y decoloniales, para explorar la intersección de la salud, el bienestar y el conocimiento ecológico tradicional (CET) entre las tribus nómadas de la India. El trabajo de campo se realizó entre los raika (Rajastán), los van gujjar (Uttarakhand) y los sansis (Punjab-Haryana) mediante observación participante, entrevistas en profundidad y debates en grupos focales, complementados con el análisis documental de informes de ONG y políticas gubernamentales. El diseño de la investigación enfatizó la participación comunitaria, las tradiciones orales y la indagación con perspectiva de género, destacando especialmente el papel de las mujeres como sanadoras y portadoras de conocimiento. Los datos se analizaron temáticamente utilizando un enfoque constructivista de teoría fundamentada, asegurando que los códigos y patrones surgieran de experiencias vividas en lugar de marcos impuestos. Protocolos éticos como el consentimiento libre, previo e informado (CLPI) y los ciclos de retroalimentación fueron parte integral del proceso, en consonancia con el compromiso con la justicia epistémica y la producción colaborativa de conocimiento.

3. Contexto histórico y sociocultural:

Comprender la trayectoria histórica y sociocultural de las tribus nómadas en la India requiere un análisis crítico de cómo la movilidad, la identidad y el arte de gobernar se han entrelazado a lo largo del tiempo. Las tribus nómadas, incluyendo pastores, artistas itinerantes, grupos artesanales y comunidades forestales, han constituido durante mucho tiempo una parte esencial del tejido social y económico de la India. Sus sistemas de conocimiento, patrones de desplazamiento estacional y economías autosuficientes han contribuido históricamente al equilibrio ecológico y la diversidad cultural del subcontinente. Sin embargo, la clasificación colonial, los marcos legales posteriores a la independencia y la exclusión burocrática han marginado sistemáticamente a estas comunidades, lo que ha provocado la privación de derechos socioeconómicos y la desaparición de sus sistemas de conocimiento tradicionales.

3.1. Clasificación colonial y la Ley de tribus criminales

La administración colonial en India veía a las poblaciones móviles con recelo e incomodidad. Como ha argumentado James C. Scott (1998), los estados modernos, incluidos los regímenes coloniales, han tenido dificultades históricas para administrar y controlar a los grupos móviles, ya que la movilidad desafía la lógica de la vigilancia, la tributación y la elaboración de censos. En la India británica, esta incomodidad se cristalizó en represión legal a través de la Ley de *Tribus Criminales* (CTA por sus siglas en inglés, *Criminal Tribes Act*) de 1871, que categorizó

a varias comunidades como “delincuentes hereditarios”. Esta ley no criminalizó actos, sino comunidades enteras, basándose en su comportamiento percibido como nómada e inestable, instituyendo así un régimen de vigilancia, asentamiento forzoso y juicio moral.

Esta ley, aplicada de forma desproporcionada a grupos como los banjara, pardhi, sansi, nat, kanjar y dombari, etiquetó a más de 200 comunidades como criminales de nacimiento (Radhakrishna 2001). Los funcionarios coloniales justificaron esto argumentando que los grupos nómadas eran “antisociales” y “genéticamente predispuestos” al crimen, una creencia arraigada en la pseudociencia racializada de la época (Nigam 1990). Los niños nacidos en estas comunidades también eran marcados como criminales, y asentamientos enteros eran sometidos a listas diarias, restricción de movimiento y reasentamiento forzoso. Esta clasificación profundamente estigmatizante tuvo implicaciones a largo plazo para el acceso de la comunidad a la tierra, la educación, los servicios de salud y la ciudadanía. Si bien los británicos afirmaron que se trataba de una medida de reforma social, en realidad era un medio para garantizar un mayor control administrativo y dismantlar las economías indígenas que funcionaban al margen de la estructura tributaria colonial (Dirks 2001). El legado de la CTA no fue sólo legal sino también psicológico: estableció una percepción duradera de las tribus nómades como inherentemente desviadas y ajenas a la civilización.

3.2. Denotificación y negligencia post-independencia

Tras la independencia de la India, la Ley de Tribus Criminales fue derogada en 1952 y las comunidades fueron oficialmente “denotificadas”. Sin embargo, este acto de denotificación no implicó rehabilitación social ni restitución. En cambio, muchas de estas comunidades fueron puestas bajo la *Habitual Offenders Act (1952)* (Ley de Delincuentes Habituales), lo que permitía a la policía vigilar a individuos basándose en antecedentes y comportamiento sospechoso (Bhukya 2014). Si bien se eliminó formalmente la etiqueta de tribu criminal, su estigma persistió en la policía, la gobernanza y el imaginario popular. El Estado indio, al modernizar sus instituciones, conservó muchas ideas coloniales de orden social, especialmente en relación con los grupos nómadas y forestales (Gupta 2012).

A diferencia de las Tribus Registradas (TR), que recibieron protección constitucional y beneficios de acción afirmativa, las tribus denotificadas y nómadas (TDN/TN) fueron excluidas de la mayoría de las políticas de bienestar y no fueron clasificadas bajo ninguna categoría uniforme (Comisión Renke 2008). Esta ambigüedad legal significó que la mayoría de las TDN y TN fueran excluidas de los beneficios de la reserva, el acceso a la educación institucional, los servicios de salud o la protección legal. Existían en un estado liminal, ni completamente incluidas en las estructuras de bienestar ni reconocidas formalmente como poblaciones vulnerables (Baviskar 2003). El informe de 2008 de la Comisión Nacional para Tribus Denotificadas,

Nómadas y Seminómadas (comúnmente llamada Comisión Renke) señaló que más de 1,500 comunidades nómadas y seminómadas en la India seguían estando social y económicamente atrasadas. La Comisión concluyó que el 89% de los TDN carecía de acceso a vivienda, solo el 11% de los niños asistía a la escuela y menos del 4% tenía acceso a servicios de salud o documentación de identidad (Renke 2008). Estas cifras ponen de relieve cómo la injusticia histórica y la negligencia burocrática siguen moldeando las condiciones materiales de estas comunidades.

3.3. Reconocimiento cultural erróneo y estereotipos

Además de la exclusión legal, las tribus nómadas también sufren un desconocimiento cultural. Sus estilos de vida, cosmovisiones y prácticas tradicionales suelen ser caricaturizados en las narrativas dominantes. Los medios de comunicación populares los representan con frecuencia como retrógrados, exóticos o desviados, reduciendo a las diversas comunidades a clichés de encantadores de serpientes, ladrones o artistas ambulantes (Bhukya 2010). Esta violencia en la representación agrava su marginación legal y justifica su continua exclusión de la sociedad. El concepto de violencia simbólica de Pierre Bourdieu resulta especialmente útil en este contexto: se refiere a la imposición de sistemas de significado y clasificación que legitiman el statu quo y normalizan la inferioridad de los grupos marginados (Bourdieu 1977). Para las tribus nómadas, la violencia simbólica se ejerce cuando sus sistemas de conocimiento se descartan como superstición, sus prácticas

curativas se ridiculizan o su movilidad se considera un acto delictivo. Las académicas feministas han señalado además cómo las mujeres de estas comunidades suelen estar doblemente marginadas, tanto por la sociedad dominante como por las estructuras patriarcales dentro de sus propias comunidades (Agarwal 1992; Virdi 2012).

3.4. Movilidad y Estado moderno: el paradigma sedentario

El Estado indio, al igual que muchos estados-nación modernos, presenta un diseño intrínsecamente sedentario. Los servicios de bienestar, como la atención médica, el racionamiento, las pensiones y la educación, se basan en el supuesto de residencia fija. Esto plantea enormes desafíos para las poblaciones nómadas y seminómadas, que a menudo carecen de domicilio permanente, identificación de votante o tarjeta Aadhaar (Ghosh 2018). Las intervenciones sanitarias, en especial los programas de inmunización, la atención de salud materna y el seguimiento de enfermedades, dependen en gran medida de la documentación y el monitoreo local. Como resultado, las tribus nómadas quedan excluidas de los registros de enfermedades, los subsidios sanitarios y los marcos de atención preventiva (Banerjee y Raza 2020). Esta exclusión burocrática también interactúa con el desplazamiento ecológico. Muchas tribus nómadas pastoriles han sido expulsadas de los bosques y pastizales en nombre de la conservación o el desarrollo industrial. La Ley de Derechos Forestales (2006), aunque

progresista en su formulación, rara vez se implementa a favor de los grupos pastorales debido a la falta de comprobante de domicilio (Kothari et al. 2014). Las mujeres, principales cuidadoras y depositarias de conocimientos medicinales en estas comunidades, son las más afectadas por este desplazamiento, ya que se les impide el acceso a hierbas, fuentes de agua y espacios para el parto (Shiva y Jalees 2003).

3.5. Pérdida de conocimiento intergeneracional

La marginación histórica y sociocultural de las tribus nómadas ha erosionado la transmisión intergeneracional del conocimiento. A medida que se alteran los patrones de movilidad y las generaciones jóvenes se ven forzadas a incorporarse a los mercados laborales urbanos informales, se pierden los sistemas de conocimiento oral relacionados con la ecología, la salud y el bienestar (Berkes 1999). Las mujeres, a menudo depositarias de este conocimiento, se ven silenciadas o desplazadas de los contextos donde su experiencia es fundamental. Además, la falta de reconocimiento institucional de estos sistemas de conocimiento contribuye a su desaparición. Por ejemplo, los departamentos de salud gubernamentales rara vez consultan a parteras o curanderos tradicionales de comunidades nómadas al diseñar políticas de salud reproductiva. Tampoco existe documentación formal del conocimiento etnobotánico de estas comunidades, lo que provoca su pérdida por negligencia y biopiratería (Shiva 2007).

4. Sistemas de conocimiento ecológico tradicional (CET)

El Conocimiento Ecológico Tradicional (CET) se refiere al conjunto de conocimientos, prácticas y creencias desarrollados por las comunidades indígenas y locales a través de su interacción con el medio ambiente a lo largo de generaciones. Para las tribus nómadas de la India, el CET no es simplemente un conjunto de conocimientos sobre plantas, animales y prácticas curativas, sino una epistemología viva, una cosmovisión arraigada que integra la ecología, la salud, la espiritualidad y la supervivencia. A diferencia de las tradiciones textuales codificadas como el Ayurveda o el Unani, el CET de las comunidades nómadas es oral, experiencial, está marcado por el género y profundamente arraigado en el lugar (Berkes 1999; Sillitoe 2000). Esta sección explora la riqueza del CET entre las tribus nómadas, el papel específico de las mujeres como sanadoras y portadoras de conocimiento, los desafíos que plantean el cambio ecológico y la erosión cultural, y la necesidad de integrar el CET en marcos más amplios de salud pública y políticas ambientales.

4.1. CET como sistema de conocimiento adaptativo y localizado

El CET evoluciona continuamente en respuesta a los cambios en el medio ambiente, los patrones climáticos, las rutas migratorias y el comportamiento del ganado. Entre los pastores nómadas como los van gujjar de Uttarakhand, la migración estacional entre los pastos de verano e invierno se acompaña de un profundo conocimiento de la flora, la fauna, las fuentes de

agua y los ciclos de las enfermedades (Saberwal 1999). Son expertos en identificar plantas medicinales, interpretar el comportamiento animal como indicadores ecológicos y gestionar la salud del rebaño mediante remedios herbales no invasivos (Nair 2010). De igual manera, los gaddis de Himachal Pradesh, que pastorean ovejas y cabras en terrenos de gran altitud, poseen un profundo conocimiento de las hierbas alpinas, sus propiedades y sus interacciones con enfermedades relacionadas con la altitud, como la hipoxia, el dolor articular y la fatiga (Kapoor 2015). Estas comunidades no solo utilizan plantas como *kutki* (*Picrorhiza kurroa*) y *jangli lahsun* (*Allium wallichii*) para la salud humana, sino que también las aplican a la atención veterinaria, revelando la interconexión de los sistemas de salud humana, animal y ecológica, un principio ahora central en el marco de Una Sola Salud en el discurso de la salud global (Rock et al. 2009). Lo que distingue al CET del conocimiento científico convencional es su carácter situacional: el conocimiento es específico del contexto, está arraigado en la práctica diaria y se transmite oralmente de generación en generación. Es holístico e integra no solo conceptos biomédicos de la enfermedad, sino también dimensiones espirituales, ritualísticas y emocionales de la salud (Sundar 2000).

4.2. Conocimiento de género: Las mujeres como guardianas de la sanación

Dentro de los sistemas nómadas de conocimiento ecológico tradicional (CET), las mujeres desempeñan un papel central como profesionales de la salud, cuidadoras y guardianas del medio ambiente. A menudo son las primeras

en responder a las enfermedades en el hogar y la comunidad, especialmente en zonas remotas y boscosas donde no existe infraestructura sanitaria estatal. Su conocimiento de las hierbas, las prácticas dietéticas, la atención al embarazo, la curación de los huesos, el control de la fiebre y los rituales de salud mental es fundamental para el bienestar de la comunidad (Virdi 2012). En la comunidad rabari de Gujarat y Rajastán, las mujeres utilizan preparaciones de *nim*, *ashwagandha* y *cúrcuma* para el parto y trastornos menstruales. Las mujeres banjara de Maharashtra emplean *caña fístula* (*Cassia fistula*) y *chebula* (*Terminalia chebula*) en la salud digestiva y el cuidado de heridas. Muchos de estos remedios son empíricamente eficaces y comparables a los tratamientos farmacológicos, pero rara vez son documentados o reconocidos por los profesionales biomédicos (Lang y Bartram 2012). Una perspectiva feminista revela cómo dicho conocimiento se devalúa e invisibiliza rutinariamente. El concepto de Miranda Fricker (2007) de injusticia epistémica resulta ilustrativo en este punto: cuando el conocimiento de ciertos grupos (especialmente de mujeres de comunidades marginadas) se ignora o se desestima debido a prejuicios, se perpetúa la ignorancia estructural en las instituciones tradicionales. En el caso del conocimiento ecológico tradicional, la división del trabajo por género posiciona a las mujeres como las principales depositarias del conocimiento ecológico relacionado con la salud; sin embargo, sus voces rara vez se incluyen en los debates formales sobre políticas sanitarias, gobernanza ambiental o desarrollo rural (Shiva y Jalees 2003; Narayan 1989).

4.3. CET en las prácticas veterinarias y pastorales:

Las tribus nómadas también poseen un rico conocimiento veterinario, fundamental para su sustento. Los raikas de Rajastán, pastores tradicionales de camellos, son reconocidos mundialmente por su experiencia etnoveterinaria. Utilizan *babul* (*Acacia nilotica*) y *damasa* (*Fagonia cretica*) para tratar infecciones en camellos y comprender los ciclos reproductivos, el control de parásitos y la rotación de pastoreo mejor que la mayoría de los veterinarios gubernamentales (Lokhit Pashu-Palak Sansthan 2008). Este conocimiento comunitario a menudo ha llenado las lagunas dejadas por los servicios veterinarios estatales. En la franja del Himalaya, las comunidades trashumantes como los bhutias y los bhotias utilizan indicadores climáticos (como patrones de nubes, floración de plantas) para planificar la reproducción y la migración, reduciendo así el estrés y la mortalidad animal (Saberwal 1999; Berkes 1999). Sin embargo, estos conocimientos ecológicos se están erosionando debido al cambio en los patrones climáticos, la reducción de los corredores de pastoreo y el desplazamiento debido a proyectos hidroeléctricos y la demarcación de áreas protegidas (Kothari et al. 2014).

4.4. Dimensiones espirituales y cosmológicas de la salud:

El conocimiento ecológico tradicional (CET) no solo es empírico, sino también profundamente cosmológico. La sanación suele concebirse como la restauración del equilibrio espiritual, en lugar de la simple eliminación de patógenos.

Los chamanes, médiums y especialistas en rituales desempeñan un papel importante en el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades que se perciben como causadas por perturbaciones espirituales, desaprobación ancestral o desequilibrio ecológico (Sundar 2000). Entre las comunidades dombari y pardhi, las enfermedades suelen explicarse mediante narrativas de posesión espiritual o ira ancestral, y los rituales de sanación incluyen cantos, purificación y ofrendas. Estas prácticas no son irracionales, sino que representan ontologías alternativas de la salud y la personalidad, que la biomedicina occidental no reconoce (Langwick 2011). Ignorar estas perspectivas en favor de modelos de tratamiento exclusivamente farmacológicos conduce a una baja tasa de utilización de los servicios de salud estatales y profundiza la desconfianza.

4.5. CET bajo amenaza: erosión, cooptación y biopiratería:

A pesar de su riqueza, el CET enfrenta serias amenazas en el mundo contemporáneo. La degradación ambiental, el desplazamiento, la deforestación y la pérdida de rutas migratorias tradicionales están erosionando el contexto ecológico en el que el CET sobrevive (Agrawal 1995). Las tribus nómadas están siendo asentadas por la fuerza, a menudo en terrenos ecológicamente hostiles o en las periferias urbanas, donde el conocimiento tradicional se vuelve irrelevante o inaplicable. Además, la comercialización y la apropiación del CET, especialmente por parte de compañías farmacéuticas, plantean otro peligro. El conocimiento etnobotánico de las comunidades a menudo se patenta sin consentimiento, un

fenómeno conocido como biopiratería (Shiva 2007). Los casos de patentes del nim y la cúrcuma son solo la punta del iceberg: comunidades como los baigas y los gond, que tienen un amplio conocimiento herbario, siguen siendo vulnerables a la explotación sin protección legal (Kumar y Kapoor 2010).

También se produce una erosión interna del conocimiento ecológico tradicional (CET) a medida que las generaciones más jóvenes migran a zonas urbanas en busca de trabajo. Sin mecanismos formales de documentación o reconocimiento, gran parte de este conocimiento oral corre el riesgo de extinguirse en una generación (Berkes 1999; Shiva y Jalees 2003).

4.6. La necesidad de integración y respeto epistémico

Para preservar y promover el CET, este debe integrarse con la gobernanza moderna de la salud y el medio ambiente, no por asimilación, sino a través del diálogo respetuoso y la cocreación. Los sistemas de salud pública deben incluir a los curanderos comunitarios, especialmente a las mujeres, en su planificación y ejecución. Las encuestas etnobotánicas, los proyectos de historia oral y los protocolos comunitarios bioculturales son esenciales para la documentación y el uso ético (Kothari et al. 2014; Baviskar 2003). Sin embargo, la integración no debe resultar en epistemicidio, la eliminación de los marcos indígenas bajo el pretexto de la modernización. Como han argumentado Vandana Shiva (2007) y Suman Sahai (2003), los sistemas de CET no son remanentes primitivos, sino adaptativos, sostenibles y vitales para enfrentar las crisis ecológicas y sanitarias modernas.

5. Prácticas de salud y bienestar entre las tribus nómadas de la India

La salud y el bienestar de las tribus nómadas de la India se ven influenciados por sus conocimientos ecológicos, creencias culturales y marginación sociopolítica. Estas comunidades han desarrollado históricamente sistemas de salud autosuficientes basados en el conocimiento ecológico tradicional (CET), la espiritualidad y la atención comunitaria. Sin embargo, la negligencia sistémica, la invisibilización cultural y el desplazamiento han amenazado estas prácticas, lo que hace imperativo reconocer su valor e integrarlas en un marco de salud pública más amplio e inclusivo. Esta sección describe las características clave de las prácticas de salud nómadas, las dinámicas de género en la atención y los impactos de la exclusión estructural.

5.1. Paradigmas de salud holística y preventiva

Para las tribus nómadas, la salud se concibe no solo como la ausencia de enfermedad, sino como un equilibrio dinámico entre el cuerpo, la mente, el espíritu y el medio ambiente. La enfermedad se interpreta a menudo desde marcos cosmológicos y ecológicos, como resultado del desequilibrio espiritual, la desarmonía comunitaria o la violación de las normas ecológicas (Langwick 2011). Esta cosmovisión promueve la atención preventiva que incluye la regulación dietética, la desintoxicación estacional, la purificación ritual y las prácticas de bienestar comunitario. Entre los van gujjar de Uttarakhand, por ejemplo, las dietas estacionales se alinean con los ciclos forestales: dietas ligeras durante la migración e infusiones

de hierbas en la temporada de monzones para la desintoxicación (Saberwal 1999). De manera similar, los gaddis y los bhotias del Himalaya practican ayunos rituales y utilizan plantas de gran altitud como *kutki* y *chirayata* para el apoyo hepático e inmunitario (Kapoor 2015). Estas prácticas son tanto curativas como preventivas, y buscan mantener el equilibrio en lugar de tratar únicamente los síntomas. Estos modelos holísticos se asemejan a lo que los antropólogos denominan etnomedicina: sistemas de sanación culturalmente específicos que combinan la comprensión biofísica con el ritual, la narrativa y el simbolismo (Kleinman 1980). Dichos sistemas reflejan una profunda sintonía ecológica y priorizan la resiliencia comunitaria sobre el tratamiento individual

5.2. Sanación ritual y espiritual

La espiritualidad es fundamental para el bienestar en las comunidades nómadas. La enfermedad suele considerarse el resultado de una perturbación espiritual causada por la ira ancestral, la violación de tabúes o fuerzas malignas. Por lo tanto, la curación implica no solo la intervención con hierbas, sino también la purificación ritual, el canto, el toque de tambores o la consulta con chamanes (Sundar 2000). En comunidades como las de los pardhis y los dombaris, enfermedades como la epilepsia, las fiebres crónicas o el malestar psicológico se atribuyen a la posesión o la contaminación espiritual. Los curanderos (a menudo mujeres u hombres mayores) realizan rituales de diagnóstico, invocando a deidades o espíritus ancestrales para rastrear el origen

de la enfermedad. Los rituales se llevan a cabo en arboledas, con ofrendas y el uso de hierbas sagradas como *tulsi*, *bela*, y *dhatura*. Estas no son supersticiones, sino herramientas simbólicas para restablecer el orden moral y ecológico. Estas prácticas subrayan ontologías no occidentales de la salud, donde el cuerpo no está aislado de su entorno, sino profundamente arraigado en las relaciones sociales y espirituales (Langwick 2011; Nichter 2002). La falta de comprensión de estas lógicas genera desconfianza en los sistemas biomédicos, que se perciben como ajenos, impersonales y desdeñosos de la experiencia vivida.

5.3. Salud reproductiva y partería indígena

Las mujeres de las tribus nómadas desempeñan un papel vital en la salud materna y reproductiva, a menudo como parteras tradicionales (dais) y expertas herbolarias. Sus conocimientos abarcan la atención prenatal y posnatal, la anticoncepción, los rituales menstruales y el manejo del aborto espontáneo, transmitidos oralmente de generación en generación. Por ejemplo, las mujeres banjara y lambada de Maharashtra utilizan *corteza de ashoka*, *hojas de nim*, y *aloe vera* para regular la menstruación, curar heridas posparto y tratar infecciones del tracto urinario. Las mujeres rabari de Gujarat usan masajes con *aceite de ricino* y pastas de *asafétida* para aliviar el dolor del parto y regular los cólicos infantiles (Virdi 2012). Estas mujeres también mantienen tabúes rituales y normas dietéticas para las mujeres embarazadas y menstruantes, basándose en una lógica de pureza ecológica y equilibrio corporal. Sin embargo, estas

prácticas se han visto cada vez más marginadas por las campañas de salud pública que presentan el parto institucional como superior, ignorando el valor del conocimiento indígena. Esto refuerza lo que Miranda Fricker (2007) denomina injusticia epistémica, en la que las mujeres indígenas que poseen el conocimiento se ven descalificadas del reconocimiento en la toma de decisiones médicas. Además, los indicadores de salud materna entre las tribus nómadas siguen siendo deficientes debido a la falta de acceso a centros de atención primaria, clínicas móviles o programas estatales de partería (Banerjee y Raza 2020).

5.4. Salud mental y mecanismos colectivos de afrontamiento

El bienestar mental en las tribus nómadas se aborda mediante rituales colectivos, narraciones, música y festivales estacionales. El sufrimiento psicológico se interpreta no como un trastorno individual, sino como una desarmonía social o espiritual. La sanación implica cantos comunitarios, trances chamánicos e inmersión en la naturaleza, que ofrecen liberación terapéutica y reintegración social. Por ejemplo, los artistas nat y kalbelia utilizan la danza y la música como mecanismos de afrontamiento del trauma, especialmente en contextos de pobreza, violencia y estigma (Bhukya 2010). Las prácticas de sanación en estas comunidades se basan en la representación corporal, la catarsis emocional y la continuidad cultural, en lugar del diagnóstico psiquiátrico y el tratamiento farmacológico. Esto contrasta con los modelos biomédicos de salud mental, que a menudo no tienen en cuenta

el trauma histórico ni la expresión cultural en grupos marginados (Kirmayer 2012). Estos mecanismos colectivos reflejan un enfoque comunitario del sufrimiento, que enfatiza la interdependencia, la continuidad ancestral y la renovación ritual, en lugar de la terapia individualizada.

5.5. Prácticas veterinarias y salud humana y animal

Dada su dependencia del ganado, las comunidades nómadas mantienen elaboradas prácticas etnoveterinarias que se superponen con la atención sanitaria humana. Los raikas de Rajastán, por ejemplo, tratan las heridas de los camellos con *resina de babul*, *cataplasmas de estiércol de vaca*, y *compresas de sal*. Estos remedios se aplican conociendo las características de los animales, su dieta y su comportamiento estacional (Lokhit Pashu-Palak Sansthan 2008). Estas prácticas no solo garantizan la salud del rebaño, sino que también previenen la transmisión zoonótica y promueven el equilibrio ecosistémico, principios que se alinean con el enfoque contemporáneo de Una Sola Salud, que vincula el bienestar humano, animal y ambiental (Rock et al. 2009). Sin embargo, los servicios veterinarios estatales a menudo excluyen dicha experiencia, tratando a los pastores nómadas como irracionales o antihigiénicos. Esta desconexión reduce la confianza y la aceptación de los servicios, lo que refuerza los sistemas de cuidado informales que permanecen sin apoyo ni documentación (Agrawal y Gibson 1999).

6. Desafíos para la integración sanitaria

A pesar de poseer sistemas de conocimiento tradicional en salud ricos y específicos a cada contexto, las tribus nómadas de la India enfrentan graves obstáculos para que el Estado reconozca, atienda y respete sus necesidades de salud. La integración de sus sistemas tradicionales de salud y bienestar en los marcos de políticas generales sigue siendo limitada y, a menudo, simbólica. Estos desafíos se derivan de la invisibilidad estructural, el sesgo epistemológico, la rigidez administrativa y la falta de reconocimiento cultural. Esta sección explora estas barreras desde una perspectiva interseccional —reconociendo las dimensiones históricas, sociales y de género de la exclusión— y aboga por una transición hacia modelos de salud más pluralistas y participativos.

6.1. Invisibilidad estructural en la infraestructura de salud pública

Uno de los principales desafíos es la invisibilidad estructural de las comunidades nómadas dentro del sistema de salud indio. Los mecanismos de planificación y prestación de servicios de salud pública se diseñan en torno a poblaciones sedentarias, asumiendo una vivienda fija, la prestación de servicios basada en el domicilio y el acceso permanente a las instituciones estatales. Las tribus nómadas, debido a su propia movilidad, se vuelven imposibles de rastrear y carecen de servicios para los programas que dependen de la estabilidad geográfica (Dasgupta 2006). La ausencia de un comprobante de domicilio permanente

descalifica a muchos para la inscripción en programas de asistencia social como Ayushman Bharat, Janani Suraksha Yojana o los Servicios Integrados de Desarrollo Infantil (ICDS por sus siglas en inglés, Integrated Child Development Services). Los datos de salud recopilados a través de encuestas gubernamentales, como la NFHS (National Family Health Survey, Encuesta Nacional de Salud Familiar) o el DLHS (District Level Household and Facility Survey, Encuesta Distrital de Hogar e Instalaciones), rara vez incluyen a los grupos nómadas, lo que resulta en una invisibilización a nivel de políticas (Banerjee y Raza 2020). Como se señaló en el informe de la Comisión Renke de 2008, más del 98% de las tribus nómadas y denotificadas carecían de acceso a la atención médica formal (Renke 2008). Este punto ciego institucional perpetúa una exclusión cíclica sin datos; no hay políticas; sin políticas, no hay asignación de recursos; y sin recursos, las comunidades permanecen fuera de la red de salud formal.

6.2. Discriminación epistémica y devaluación del conocimiento tradicional

El sistema de salud indio sigue predominantemente un modelo biomédico, que a menudo considera el conocimiento tradicional de la salud (CTS) como poco científico, sin verificar o anecdótico. Esto ha generado injusticia epistémica (Fricker 2007), donde la experiencia vivida de los curanderos comunitarios, especialmente las mujeres, se ignora o se devalúa en el discurso institucional. Las tribus nómadas poseen un conocimiento complejo de plantas medicinales, prácticas de parto, prevención de

enfermedades y atención veterinaria a base de hierbas. Sin embargo, este conocimiento no está integrado en los planes de estudio ni en los módulos de capacitación de salud pública. El Ministerio de AYUSH, que promueve el Ayurveda y otros sistemas codificados, rara vez reconoce las tradiciones orales de curación no codificadas que practican las comunidades nómadas (Shiva 2007). Las críticas feministas resaltan cómo este rechazo está marcado por el género: las mujeres, quienes son las principales responsables de la salud en estas tribus, están doblemente excluidas debido a su género y a su ubicación epistémica fuera de la ciencia moderna (Agarwal 1992; Narayan 1989). Sus conocimientos reproductivos, sus rituales de parto y sus tratamientos a base de hierbas siguen sin ser reconocidos, mientras que las campañas de salud del gobierno promueven la esterilización, los partos institucionales y los implantes anticonceptivos sin consentimiento cultural.

6.3. Marginación legal y burocrática

Las tribus nómadas a menudo caen en zonas administrativas grises. A diferencia de las Tribus Registradas (TR), muchas tribus denotificadas y nómadas (TDN/TN) no son reconocidas uniformemente en todos los estados y a menudo carecen de estatus registrado, certificados de casta o incluso tarjetas Aadhaar³, esenciales para acceder a los servicios de salud (Bhukya 2014). La Ley de Delincuentes Habituales (1952), que reemplazó a la Ley de Tribus Criminales de la colonia, continúa sometiendo a muchas de estas comunidades a vigilancia y acoso policial, lo que las disuade aún más de acercarse a las

instituciones públicas, incluidos los hospitales (Radhakrishna 2001). Además, el personal sanitario público, que a menudo desconoce las culturas tribales, tiende a ver a los pacientes nómadas con sospecha o condescendencia. Los estudios muestran que el comportamiento discriminatorio por parte de los profesionales de la salud, que incluye insultos, negación de tratamiento y humillación, impide que las mujeres tribales accedan a los servicios de salud materno-infantil (Dasgupta 2006; Virdi 2012). La falta de unidades sanitarias móviles, personal multilingüe o servicios de extensión culturalmente competentes aleja aún más a las poblaciones nómadas, especialmente en regiones donde la migración estacional coincide con campañas de vacunación o campañas institucionales de parto.

6.4. Alteración de los contextos ecológicos y culturales

Una parte significativa de los sistemas nómadas de salud y bienestar se basa en la tierra y es ecológica, y depende de hierbas forestales, bosques sagrados, rutas migratorias y biodiversidad. Sin embargo, proyectos de desarrollo modernos como presas, carreteras, áreas protegidas y minería han perturbado estos mundos ecológicos, erosionando tanto la disponibilidad de recursos medicinales como los espacios culturales donde tiene lugar la curación (Kothari et al. 2014). Por ejemplo, los van gujjar han sido desalojados de las zonas

³ Nota de la traductora: las tarjetas Aadhaar son identificaciones únicas para los habitantes de India.

forestales en virtud de las leyes de conservación, perdiendo el acceso a senderos de pastoreo, ríos y plantas medicinales esenciales para sus prácticas de sanación (Saberwal 1999). Las tribus baiga y gond en Madhya Pradesh se enfrentan a un acceso restringido a los bosques a pesar de que sus derechos bajo la Ley de Derechos Forestales (2006) están garantizados legalmente. Esta dislocación espacial conduce a la desintegración cultural, interrumpiendo la transmisión intergeneracional del conocimiento de la salud. Las generaciones más jóvenes, atraídas por el trabajo asalariado o las colonias de reasentamiento, a menudo pierden el acceso tanto a los recursos ecológicos como a los curanderos tradicionales, lo que da lugar a una mayor dependencia de la medicina urbana no regulada o de profesionales no calificados.

6.5. Vulnerabilidades de género en el acceso a la salud

Las mujeres de tribus nómadas enfrentan riesgos de salud únicos, exacerbados por su rol como cuidadoras, curanderas y trabajadoras. La movilidad constante afecta la continuidad de la atención prenatal, el acceso a un parto seguro y el tratamiento de afecciones ginecológicas. La ausencia de instalaciones de higiene menstrual, la desnutrición y la exposición a la violencia sexual durante las rutas migratorias aumentan la vulnerabilidad (Virdi 2012; Ghosh 2018). Además, las campañas de salud gubernamentales a menudo no abordan la lógica cultural de las prácticas tribales de parto, promoviendo en cambio partos institucionales sin generar confianza ni proporcionar espacios culturalmente

seguros. Las parteras tradicionales no reciben apoyo, capacitación ni integración en los sistemas de atención primaria de salud, lo que conlleva una pérdida de autonomía de las mujeres tribales sobre su salud reproductiva. Las académicas feministas de salud pública enfatizan la necesidad de pasar de modelos intervencionistas (donde el Estado “brinda” servicios de salud) a modelos basados en el empoderamiento, que reconozcan a las mujeres tribales como poseedoras de conocimiento, no como meras beneficiarias (Sen y Nussbaum 2000).

6.6. Necesidad de documentación

En el mundo actual, en rápida modernización, el conocimiento tradicional se olvida cada vez más, a menudo eclipsado por los avances tecnológicos y la cultura globalizada. Esta pérdida se ve acentuada por una grave falta de documentación, ya que gran parte de esta sabiduría, que abarca la medicina, la agricultura, la artesanía y la historia oral, se ha transmitido verbalmente de generación en generación. Sin registros escritos o grabados, estas invaluable prácticas y conocimientos corren el riesgo de desaparecer por completo con los ancianos que las conservan. El descuido del conocimiento tradicional no solo debilita nuestra identidad cultural, sino que también nos hace pasar por alto soluciones sostenibles y de eficacia comprobada que podrían abordar los desafíos modernos. Por lo tanto, existe una necesidad urgente de documentación oficial a través de iniciativas gubernamentales e institucionales. El adecuado registro, clasificación y preservación del conocimiento tradicional en archivos,

bases de datos de investigación y programas educativos garantizarán su salvaguardia para las generaciones futuras y su reconocimiento como un recurso valioso junto con la ciencia y la tecnología modernas.

6.7. Apropiación del conocimiento y biopiratería

Otro desafío es la apropiación poco ética del conocimiento sanitario tribal por parte de las industrias farmacéuticas y las instituciones de investigación. Sin el debido consentimiento biocultural, el conocimiento etnobotánico se extrae, se patenta y se comercializa, mientras que las comunidades originarias no reciben ni reconocimiento ni compensación (Shiva 2007). Por ejemplo, plantas como la *ashwagandha*, *guggul*, y *nim*, utilizadas desde hace tiempo por curanderos tribales, han sido patentadas en el extranjero con mínima consulta. Esto constituye biopiratería, donde la propiedad intelectual de las comunidades nómadas se expropia con el pretexto de avances científicos (Kumar y Kapoor 2010). A pesar de la Ley de Diversidad Biológica (2002) y el Protocolo de Nagoya, su aplicación sigue siendo deficiente, y los derechos consuetudinarios tribales sobre el conocimiento de la salud no se protegen ni documentan sistemáticamente. La integración de los sistemas de salud y bienestar de las tribus nómadas en el marco de la salud pública de la India se enfrenta a barreras estructurales, epistémicas y culturales profundamente arraigadas. Estos desafíos no son meramente técnicos, sino fundamentalmente políticos, moldeados por historias de

criminalización colonial, exclusión basada en castas, desplazamiento ecológico y silenciamiento de género. Para avanzar hacia una integración sanitaria equitativa, India debe pasar de un modelo biomédico vertical a un marco pluralista, participativo y culturalmente respetuoso. Esto incluye reconocer a los curanderos tradicionales, documentar éticamente el conocimiento oral, garantizar servicios de salud móviles e inclusivos, y empoderar a las mujeres tribales como trabajadoras sanitarias de primera línea. Sin esos esfuerzos transformadores, la promesa de justicia sanitaria para las comunidades nómadas seguirá sin cumplirse.

Oportunidades para la integración de sistemas nómadas de salud y bienestar

Si bien las tribus nómadas de la India se enfrentan a una profunda exclusión de los sistemas de salud formales, también existen numerosas oportunidades para una integración inclusiva que respete, preserve y revitalice sus conocimientos tradicionales sobre salud y ecología. Reconocer estas oportunidades requiere superar los modelos asimilacionistas y avanzar hacia marcos interculturales y basados en derechos que faciliten la coproducción de conocimiento, la reforma institucional y el empoderamiento comunitario. La integración no debe aspirar a sustituir los conocimientos tradicionales por sistemas modernos, sino a reconocer su igual valor epistémico, permitiendo el pluralismo en la comprensión, la práctica y la institucionalización de la salud y el bienestar (Nichter 2002; Fricker 2007).

Conclusion

Las prácticas de salud y bienestar de las tribus nómadas de la India representan sistemas ricos y contextualizados de inteligencia ecológica, solidaridad social y resiliencia cultural. Estas comunidades, históricamente marginadas y políticamente invisibles, poseen tradiciones curativas arraigadas en siglos de experiencia vivida con la naturaleza, el cuidado comunitario y el equilibrio espiritual. Desde la medicina herbal y la obstetricia hasta la desintoxicación estacional y los rituales colectivos de salud mental, sus prácticas desafían los modelos biomédicos dominantes al ofrecer paradigmas de bienestar holísticos, preventivos y centrados en la comunidad. Sin embargo, estos sistemas han sido excluidos durante mucho tiempo del discurso general sobre la salud, principalmente debido a la criminalización colonial, el sesgo epistémico y la negligencia estructural. El legado de leyes como la Ley de Tribus Criminales y la continua aplicación incorrecta de la Ley de Delincuentes Habituales continúa sembrando sospechas sobre las comunidades nómadas, marginando sus voces en las instituciones públicas, incluyendo la atención médica. A pesar de las garantías constitucionales y la expansión democrática, estos grupos permanecen en gran medida sin ser reconocidos en las encuestas nacionales, los registros estatales y las infraestructuras médicas. Su movilidad a menudo se confunde con desarraigo, y su conocimiento cultural se caracteriza erróneamente como superstición o atraso. Este artículo ha demostrado que la integración no

es solo una cuestión de necesidad política, sino también de justicia ética y epistemológica. Los sistemas de salud de las tribus nómadas no solo necesitan ser incluidos en las estructuras dominantes; exigen coexistencia, respeto mutuo y diálogo intercultural. La integración debe buscarse mediante modelos que reconozcan el pluralismo en las epistemologías médicas y que empoderen a las comunidades nómadas no como receptores pasivos de ayuda, sino como agentes activos y poseedores de conocimiento por derecho propio.

Uno de los argumentos centrales de esta investigación es que la salud es inseparable de la ecología, el género y la identidad cultural. Las mujeres desempeñan un papel fundamental en la preservación y transmisión del conocimiento sobre salud a lo largo de las generaciones, actuando como parteras, herbolarias y cuidadoras emocionales. Ignorar sus contribuciones supone una doble marginación: como miembros de tribus y como mujeres. Por lo tanto, las perspectivas feministas son cruciales para formular políticas de salud que no solo lleguen a estas mujeres, sino que también respeten su autonomía, experiencia y liderazgo. Además, el arraigo ecológico de las prácticas de salud, visible en el uso de hierbas forestales específicas, rituales estacionales e interacciones entre animales y humanos, exige un enfoque de Una Sola Salud que integre el bienestar ambiental, animal y humano de forma sinérgica.

Los desafíos para la integración son formidables. Estos incluyen la invisibilidad legal,

la falta de historiales médicos, la alienación cultural en los hospitales públicos, la rigidez burocrática y el desplazamiento debido a la urbanización y las leyes de conservación. Sin embargo, como se ha destacado, estos mismos desafíos ofrecen perspectivas sobre las oportunidades para un replanteamiento radical. Al invertir en unidades móviles de salud, la capacitación multilingüe e intercultural del personal sanitario, la certificación de curanderos tradicionales y la protección legal del conocimiento ecológico tradicional, el sistema de salud indígena puede comenzar a reparar los daños del abandono histórico. Igualmente importante es el papel de la gobernanza participativa. La integración solo será significativa si se permite a las comunidades nómadas definir los términos de sus prioridades de salud y cocrear las herramientas de prestación de servicios y rendición de cuentas. Esto requiere no solo descentralización, sino también la restitución de la dignidad, la voz y la continuidad cultural. Por lo tanto, las iniciativas estatales deben pasar de un paradigma de “prestación de servicios” a un modelo de “colaboración y empoderamiento”, donde el conocimiento fluya en ambas direcciones y las políticas se diseñen con, y no solo para, los grupos nómadas.

Además, la convergencia de políticas es esencial. La salud no puede aislarse de la educación, los derechos territoriales, el acceso a los bosques ni el bienestar social. Los ministerios deben colaborar para construir soluciones integradas y comunitarias. Sin tierras e identidad seguras, ninguna política de salud, por muy bien financiada que esté, puede lograr un impacto sostenible. La Ley de Derechos Forestales, la Ley de Diversidad Biológica y la Misión Nacional de Salud deben intersectar para garantizar que la soberanía ecológica se reconozca como un prerequisite para la soberanía sanitaria cultural. En conclusión, la integración de los sistemas de salud y bienestar de las tribus nómadas constituye una oportunidad transformadora. No solo enriquece el panorama de la salud pública de la India con profundidad ecológica y cultural, sino que también nos acerca a un modelo de desarrollo verdaderamente inclusivo y descolonizado. Reconocer a estas comunidades como sanadoras, guardianas del conocimiento y guardianas ecológicas desafía la violencia epistémica de las políticas pasadas y allana el camino hacia un futuro más justo y pluralista. La verdadera equidad en salud no reside solo en llegar a los marginados, sino en aprender de ellos, honrar sus conocimientos y cocrear futuros basados en la justicia, la dignidad y el cuidado mutuo.

REFERENCIAS

Agrawal, Arun. 1995. “Dismantling the Divide between Indigenous and Scientific Knowledge.” *Development and Change* 26 (3): 413–39.

- Agrawal, Arun, and Clark C. Gibson. 1999. "Enchantment and Disenchantment: The Role of Community in Natural Resource Conservation." *World Development* 27 (4): 629–49.
- Agarwal, Bina. 1992. "The Gender and Environment Debate: Lessons from India." *Feminist Studies* 18 (1): 119–58.
- Banerjee, S., and M. Raza. 2020. "Healthcare Exclusion of Denotified Tribes in India." *Economic and Political Weekly* 55.
- Baviskar, Amita. 2003. "Tribal Communities and Development." *Seminar* 531.
- Berkes, Fikret. 1999. *Sacred Ecology: Traditional Ecological Knowledge and Resource Management*. Philadelphia: Taylor & Francis.
- Bhukya, Bhangya. 2014. *The Politics of Defection: A Study of the Denotified Tribes in India*. New Delhi: Oxford University Press.
- Bourdieu, Pierre. 1977. *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dasgupta, Rajib. 2006. "Public Health in India: An Overview." *Economic and Political Weekly* 41 (34): 3685–90.
- Dirks, Nicholas B. 2001. *Castes of Mind: Colonialism and the Making of Modern India*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Fricker, Miranda. 2007. *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford: Oxford University Press.
- Ghosh, Jayati. 2018. "Exclusion through Identification." *The Hindu*.
- Gupta, Akhil. 2012. *Red Tape: Bureaucracy, Structural Violence, and Poverty in India*. Durham, NC: Duke University Press.
- Haraway, Donna. 1988. "Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective." *Feminist Studies* 14 (3): 575–99.
- Harding, Sandra. 1991. *Whose Science? Whose Knowledge? Thinking from Women's Lives*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Kapoor, Radhika. 2015. *Ecological Knowledge among Gaddi Pastoralists*.
- Kirmayer, Laurence J. 2012. "Rethinking Cultural Competence." *Transcultural Psychiatry* 49 (2): 149–64.
- Kleinman, Arthur. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- Kothari, Ashish. 2014. *Alternative Futures: India Unshackled*. New Delhi: Authors UpFront.
- Kothari, Ashish, Neema Pathak, and Ashish Bose. 2014. *Ecology and Equity: The Use and Abuse of Nature in Contemporary India*. New Delhi: Routledge India.
- Lang, Tim, and Jamie Bartram. 2012. "Equity in Access to Health Promotion and Health Care." *Health Promotion International* 27 (4): 459–67.

- Langwick, Stacey A. 2011. *Bodies, Politics, and African Healing: The Matter of Maladies in Tanzania*. Bloomington: Indiana University Press.
- Lokhit Pashu-Palak Sansthan. 2008. *Raika Ethno-Veterinary Practices Manual*. Rajasthan.
- Menon, Nivedita. 2012. *Seeing Like a Feminist*. New Delhi: Zubaan.
- Narayan, Uma. 1989. "The Project of Feminist Epistemology: Perspectives from a Nonwestern Feminist." *Hypatia* 4 (3): 256–69.
- National Commission for Denotified, Nomadic and Semi-Nomadic Tribes (NCDNT). 2017. *Report to the Government of India*. New Delhi.
- Nigam, Sanjay. 1990. "Disciplining and Policing the 'Criminals by Birth'." *Indian Economic and Social History Review* 27 (2): 131–64.
- Pande, Amrita. 2011. *Wombs in Labor: Transnational Commercial Surrogacy in India*. New York: Columbia University Press.
- Radhakrishna, Meena. 2001. *Dishonoured by History: 'Criminal Tribes' and British Colonial Policy*. New Delhi: Orient Longman.
- Renke, Balakrishna. 2008. *Report of the National Commission for Denotified, Nomadic and Semi-Nomadic Tribes*. New Delhi.
- Rock, Melanie, et al. 2009. "One Medicine, One Health." *Emerging Infectious Diseases* 15 (9): 1384–87.
- Saberwal, Vasant K. 1999. *Pastoral Politics: Shepherds, Bureaucrats, and Conservation in the Western Himalaya*. New Delhi: Oxford University Press.
- Scott, James C. 1998. *Seeing Like a State: How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Sen, Amartya, and Jean Drèze. 2002. *India: Development and Participation*. Oxford: Oxford University Press.
- Sharma, Mahesh. 2010. *Historicizing Nomads and Criminals in India*.
- Shiva, Vandana. 2007. *Biopiracy: The Plunder of Nature and Knowledge*. Cambridge, MA: South End Press.
- Shiva, Vandana, and Kunwar Jalees. 2003. *The Enclosure and Recovery of the Commons*.
- Sillitoe, Paul. 2000. *Indigenous Knowledge Development in Bangladesh*. London: ITDG Publishing.
- Sundar, Nandini. 2000. "Unpacking the 'Joint' in Joint Forest Management." *Development and Change* 31 (1): 255–79.
- Virdi, Jyoti. 2012. *Women, Health, and Healing in Colonial India*.

Este artículo puede citarse como:

Rawat, Amit. 2026. "Tribus nómadas y la integración de la salud, el bienestar y el conocimiento ecológico tradicional en la India." *Fourth World Journal* 25 (2): 73–94.

SOBRE EL AUTOR**Amit Rawat, Ph.D.**

El Dr. Amit Rawat fue investigador en el Departamento de Sociología de la Universidad Hindú de Benarés (BHU), en Varanasi, India. Su investigación se centra en comunidades marginadas y nómadas, en particular en la tribu Bawariya, históricamente estigmatizada bajo la Ley de Tribus Criminales de 1871 durante el periodo del dominio colonial británico. Su trabajo examina cómo las clasificaciones coloniales, la vigilancia policial y los estereotipos sociales persistentes continúan moldeando la identidad, el acceso a la educación, los medios de subsistencia y la dignidad social en la India poscolonial. A través del trabajo de campo etnográfico, el Dr. Rawat pone de relieve los impactos duraderos de la violencia estructural y de las políticas de exclusión. Ha publicado sobre cuestiones tribales, desigualdad de castas, educación y discriminación social. Su investigación también explora la integración del conocimiento ecológico tradicional y de las prácticas de salud indígenas en marcos de salud pública culturalmente pertinentes para poblaciones nómadas.