

Relaciones de poder en la comunicación intercultural entre el médico alópata y la indígena embarazada/familiar en los hospitales públicos de la zona metropolitana de Guadalajara

Yazbeth Pulido Hernández
Universidad de Guadalajara

Resumen

Cuando el médico alópata y la indígena embarazada/familiar se encuentran en la consulta médica se da por hecho que han iniciado un proceso de comunicación intercultural que implica, para uno y para los otros, esfuerzos para comunicarse, comprenderse, dialogar, convencer o negociar durante el encuentro médico. En el marco de los derechos humanos, la relación por parte del médico será cordial y respetuosa de las diferencias. Sin embargo, se aplica una serie de procedimientos de poder que son parte constitutiva de la práctica médica que se cruzan con las categorías de género, cultura y clase social.

Se trata de un avance de la tesis doctoral cuyo objetivo es conocer cómo se presenta la comunicación intercultural en la atención de la indígena embarazada, su familiar y el médico en los hospitales públicos de la zona metropolitana de Guadalajara (ZMG). Se considera la política pública intercultural, la estructura de la institución sanitaria y la relación entre los saberes y prácticas alopáticas e indígenas. Es un trabajo etnográfico realizado entre febrero y septiembre de 2016 como facilitadora intercultural, acompañando a 15 indígenas embarazadas y sus familiares durante el proceso de la atención médica. Asimismo se realizaron entrevistas semiestructuradas a personal médico que les atendió.

Palabras clave: comunicación intercultural, relaciones de poder, disciplina, género, visión del mundo.

Abstract

When the allopathic doctor and pregnant indigenous women/family are in the doctor's office, it is assumed that the process of intercultural communication has

begun implies, for one and the others, efforts to communicate, understand, discuss, convince or negotiate during the medical appointment. In the framework of human rights, the doctor must be courteous and respectful of differences. However a number of procedures that are applied which are a constituent part of medical practice that intersect with the categories of gender, culture and social class.

This is an advance of the doctoral thesis, whose objective is to know how intercultural communication is presented in the care of the pregnant indigenous women, her family and the doctor in the public hospitals of the Metropolitan Zone of Guadalajara (MZG). It considers the intercultural public policy, the structure of the health institution and the relationship between scientific and indigenous knowledge and practices. It is an ethnographic work carried out between February and September 2016 as intercultural facilitator, accompanying 15 pregnant indigenous women and their families during the process of medical care. Semi-structured interviews were also conducted with medical personnel who attended them.

Keywords: intercultural communication, power relations, discipline, gender, worldview.

Introducción

Considerado recientemente como un país pluricultural¹ con 68 pueblos indígenas, la perspectiva intercultural en México ha sido en los últimos años un eje primordial que atraviesa la agenda política del gobierno federal en materia sanitaria. En 2002 —durante el gobierno de la llamada “transición” del ex presidente Vicente Fox— se creó la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI) a cargo de la Secretaría de Salud (SSA), para impulsar una nueva política intercultural en salud bajo el marco de los derechos humanos, el respeto a la diversidad sociocultural y a la equidad de género. Considerada por las mismas autoridades como “una de las innovaciones más trascendentes en el área de salud, toda vez que incorpora en la planeación y oferta de los servicios el concepto y las implicaciones del reconocimiento a la diversidad cultural” (SSA, 2005: 4), sea por el género, la etnicidad o la clase social, entre muchos otros (SSA, 2009: 8-10).

Diseñada principalmente para las regiones indígenas,² las grandes urbes apenas se mencionan un par de ocasiones; sostiene que habrán de eliminarse las ba-

¹ En 2001 se reformó el artículo 2o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, lo que implicó reconocer al país como una nación pluricultural sustentada en la existencia de los pueblos indígenas.

² La *Síntesis ejecutiva* en materia de política intercultural en salud, compuesta por seis proyectos, enfatiza su aplicación a regiones indígenas. Para 2008 incorporó el criterio de interculturalidad a las cédulas de autoevaluación a unidades médicas de primer y segundo niveles, que incluye difusión de programas sanitarios en lenguas indígenas, sensibilización intercultural al menos a 60% del personal operativo y directivo, y por lo menos la contratación de un traductor-intérprete por turno. Para la ZMG, a finales de 2015 la SSA contrató a ocho traductores-intérpretes a través del Programa Salud Materno y Perinatal, que envió a hospitales de primer y segundo niveles. Sin embargo, no realizó previamente un diagnóstico

rreras culturales³ “delimitadas por la lengua, las tradiciones y el contexto que en el caso de la atención a la salud, se manifiestan en la organización de los servicios (sistema), en las actitudes del personal de los servicios de salud y en la de los usuarios” (SSA, 2005: 6) y fomentar la llamada “amigabilidad cultural” a través del desarrollo de “competencias interculturales” (SSA, 2005; 2009; Almaguer *et al.*, 2009: 10-12) para interactuar y negociar con personas y grupos culturalmente distintos, a través de la comunicación “respetuosa y eficaz de acuerdo con las múltiples identidades de los participantes, fomentando actitudes de respeto, tolerancia, diálogo y enriquecimiento mutuo, constatando que la verdad es plural y relativa, y que la diversidad puede ser fuente de riqueza” (Almaguer *et al.*, 2009b: 10). La fórmula es simple: si el personal sanitario se vuelve “competente interculturalmente” con base en los derechos humanos y la equidad de género, se podrá “erradicar la discriminación y a veces [el] maltrato en los servicios y espacios institucionales” (SSA, 2005: 4). En consecuencia, habrá satisfacción y aceptación a los servicios médicos académicos.

El parto vertical y humanizado es la gran propuesta del *modelo de atención intercultural del embarazo, parto y puerperio* (Almaguer *et al.*, 2009b: 74-93). Nuevos actores, saberes y prácticas médicas se incorporan al espacio institucional, mismo que también sufre cambios físicos y formativos.⁴ Convencidos de la sinergia,⁵ es decir, de la resolución de dificultades a partir del enriquecimiento de

hospitalario para conocer las necesidades de la población y la reconstrucción de este personal para 2017 no está resuelta. Se sabe de capacitaciones en línea y presenciales exclusivamente para personal que labora en la SSA, pero los médicos ginecobstetras con quienes se trabajó en campo dicen no conocer qué sucede en materia de interculturalidad en salud, a pesar de que la “pertinencia cultural” está incluida en la NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

³ La SSA reconoce que las barreras económicas, geográficas y culturales dificultan el acceso a los servicios médicos. Para contrarrestar las barreras económicas creó el Sistema Nacional de Protección Social en Salud o Seguro Popular, con el objetivo de garantizar acceso a servicios médico-quirúrgicos, hospitalarios y farmacéuticos que protegen financieramente a familias no derechohabientes. Para las dificultades geográficas se construyeron pequeñas clínicas y casas de salud en lugares de difícil acceso, y se acercaron servicios sanitarios básicos a través de las caravanas para la salud.

⁴ Se permite el acceso a parteras capacitadas y certificadas, así como a un familiar, cuando la embarazada (indígena o no indígena) lo desee. Y se incorporan al espacio físico otro tipo de inmobiliario que facilita el parto vertical, lo que conlleva la capacitación a personal médico. De hecho, ante la demanda de mujeres que desean un parto en casa, surgieron las Posadas de Nacimiento, espacio contiguo a hospitales con capacidad resolutoria donde puedan tener su parto y vigilar el puerperio en condiciones de seguridad y amigabilidad cultural. Se plantea que en estos sitios se asistan partos normales, para que los hospitales se concentren en partos complicados y emergencias obstétricas. Si estos espacios se localizan en regiones indígenas, se privilegiará la colaboración de parteras tradicionales, pero si se encuentran en regiones no indígenas serán las enfermeras obstétricas y las parteras profesionales quienes colaboraran. Sin embargo, no queda claro cuánto del presupuesto a salud se destinará para estos espacios, quién se hará cargo de ellos, cómo será la contratación laboral de parteras, cuáles son las resistencias formativas de los médicos, cómo se trabajará con ellas, etcétera. Para más información, véase Secretaría de Salud (s/f).

⁵ El proceso intercultural es esquematizado en una línea vertical que avanza en cuatro niveles sobrepuestos: respeto, diálogo horizontal, comprensión mutua y sinergia (Almaguer *et al.*, 2009b: 6-7).

la diversidad, las autoridades sanitarias que han diseñado la política pública intercultural en salud confían en la erradicación de las barreras culturales y de género que dificultan el acceso de las mujeres, indígenas y no indígenas, a los servicios sanitarios y al derecho de decidir sobre ellas (SSA, 2009; Almaguer *et al.*, 2009b: 1-7). Pero para Sesia el parto vertical no equivale a libre decisión por parte de la mujer, y considera limitada la visión intercultural de los lineamientos de dicho enfoque en salud materna, debido a que “ninguno se aplica realmente en los servicios de salud y, en muchos casos, los prestadores de servicios desconocen su existencia” (Sesia, 2015: 112). Sostiene que la diversidad cultural en salud exige reconocer la relación desigual entre el modelo médico hegemónico⁶ y los otros modelos médicos que emplea la población indígena, cuestionar la desvaloración de esos otros saberes y democratizar el sistema sanitario a través de la participación activa de las mujeres (Sesia, 2015: 110).

En consonancia, lo intercultural como proceso permanente de encuentros y comunicación entre personas y grupos culturalmente diversos supone visibilizar el carácter relacional de los interlocutores culturales y su carácter histórico (Grimson, 2001: 29-32). Walsh (2005) incluso ve en ella un evento procesual colmado de tensión y siempre en construcción, no un producto acabado, pero sí una meta por alcanzar, cuyo potencial es transformar socialmente las relaciones humanas, siempre y cuando se trabaje para ello, desmantelando las profundas raíces del poder hegemónico que intenta imponerse social y políticamente, incluso no ocultar las desigualdades como suele hacerse en el discurso político, sino develarlas e intervenir para contrarrestarlas. Para Corona (2013: 26) la interculturalidad aplica para “las diferencias culturales, económicas, ideológicas, generacionales, de género y clase social, etcétera, que en el espacio público luchan por la viabilidad de su mirada del mundo, como campo de lucha por el poder”.

En ese sentido, cualquier relación con el otro es intercultural, y la práctica social del diálogo en el espacio público, donde se encuentran los diversos, constituye un ejercicio democrático y de inclusión, a más de una estrategia para crear espacios que propicien y promuevan la participación de grupos y personas históricamente excluidos para lograr entendimiento y resolución de conflictos que preocupan a unos y otros.

Por otro lado, destacan los manuales elaborados por la DMTDI, compiladores de propuestas y recomendaciones que corren el riesgo de estancarse en el discurso político y la burocracia,⁷ que hablan de modo extraordinario sobre el reconocimiento

⁶ Eduardo Menéndez (1983) retoma la noción gramsciana de hegemonía y subalternidad para aplicarla a la antropología médica. El modelo médico hegemónico monopoliza saberes y prácticas sobre el proceso salud-enfermedad-atención, dotándole de autoridad y poder sobre otros modelos médicos como el indígena, excluyéndole ideológica y jurídicamente, incluso subordinándola.

⁷ Por ejemplo, para “verificar” el criterio de interculturalidad en la acreditación de unidades de salud se

a la diversidad cultural, los derechos humanos, el establecimiento de relaciones equitativas de género y la sensibilización del personal sanitario a través de la adquisición de competencias interculturales. Empero, poco de lo escrito se operativiza y se vigila a través del seguimiento, en buena medida por la falta de presupuesto que responde a los recortes presupuestales al Sistema de Salud y a la imposición avalada por el Estado y otras instancias⁸ al modelo médico hegemónico, que subordina a otros modelos médicos sin que eso signifique eliminarlos (Menéndez, 1983, 1998), lo que contribuye a la desvaloración y persecución sistemática de saberes y prácticas médicas indígenas (Campos, 2015: 45-56), de modo que los actores involucrados aprenden lo decible y no decible en los encuentros comunicativos interculturales. Pero sobre todo responde a la exclusión social perpetuada aún hoy, en el “México incluyente”, a la población indígena. Tampoco discute abiertamente la relación asimétrica y de poder que entabla el personal médico con la indígena embarazada y sus familiares, porque omite reflexionar críticamente sobre categorías de análisis socioantropológicas como la formación disciplinaria del médico y la condición de género que ya han sido estudiadas (Castro, 2014; Castro y Erviti, 2003), a las que habrá que sumar la clase social y la cultura.

Si pensamos la comunicación intercultural en el espacio médico, es posible percatarse del poder que tiene el médico sobre cualquier mujer embarazada, indígena o no indígena, práctica médico-institucional que podría ser calificada de paternalista, asimétrica, jerárquica y autoritaria. Sin embargo, la situación se agrava para el caso de las indígenas embarazadas.⁹ Según Sesia (2015: 112), la violencia obstétrica durante la atención del embarazo y parto en México seguramente se intensifica en los servicios públicos sanitarios que asisten a mujeres pobres, indígenas y/o rurales, sitios donde se debe avanzar en el enfoque intercultural y de género.

El fenómeno migratorio indígena ha transformado las grandes urbes, obligando a las autoridades hacer frente a una serie de problemas políticos y socioculturales que interpelan a repensar la pluriculturalidad, la elaboración y aplicación de políticas interculturales específicas en distintos ámbitos, como la atención de la

debe capacitar en enfoque interculturalidad y de género al menos 60% del personal sanitario por parte de una institución competente. Se supone que al cubrir lo *necesario* con el porcentaje condicionado, automáticamente la calidad de la atención por parte del personal sanitario se resuelve, al menos en términos administrativos y políticos. Pero se conoce de sobra la simulación de acciones, práctica cotidiana y estructural de las instituciones, en la que opera “el fin justifica los medios”. Incluso la no existencia de quejas prueba una actitud de respeto por parte del personal de salud. Sin considerar la poca falta de la cultura de la denuncia y el seguimiento de casos. Para más información sobre la acreditación, véase Secretaría de Salud (2005).

⁸ Universidades, farmacéuticas, medios de comunicación, editoriales, etcétera.

⁹ Históricamente la mortalidad materna ha sido mayor en las indígenas, convirtiéndose en un indicador que manifiesta pobreza, desigualdad e injusticia social entre grupos sociales y regiones. Coneval (2012: 23) ha identificado que la inequidad de los municipios indígenas, con 70% o más de población que habla alguna lengua indígena, tienen una razón de mortalidad materna (R_{MM}) hasta tres veces mayor que los municipios no indígenas.

salud materna. En Jalisco hay dos pueblos originarios, los wixáritaari al norte y los nahuas¹⁰ al sur, pero en su interior también radican otras etnias provenientes de otros estados. Para el caso de la ZMG hay un total de 9 076 121 personas y 25 650 son hablantes indígenas mayores de tres años (INEGI, Censo 2010), lo que corresponde a 0.28% de la población. En el cuadro 1 se aprecia que Zapopan es el municipio con mayor número de etnias e indígenas, siguiéndole Guadalajara y Tlaquepaque, donde prevalecen las poblaciones nahua y purépecha.¹¹

Respecto al número de mujeres indígenas en edad reproductiva, entre los 15 y 44 años de edad, Jalisco cuenta con 16 028. Y en la ZMG vive más de la mitad de esas mujeres (9 215). Despunta Zapopan con 5 099, seguida de Guadalajara con 1 814, Tlaquepaque con 990, Tlajomulco de Zúñiga con 734, Tonalá con 432 y El Salto con 146. El número de hijos vivos que tienen estas mujeres es de 2.5 para Jalisco y 2.47 para la ZMG (INEGI, Censo 2010).¹²

Con lo dicho es posible mostrar cómo la ZMG es un espacio pluricultural, plurilingüístico y pluriétnico en el que confluyen migrantes indígenas provenientes del interior del país y de la entidad, aún cuando la presencia de wixáritaari y nahuas de Jalisco no sea visible en las cifras oficiales,¹³ y que en materia de salud materna, aquella que comprende a la atención médica de la mujer embarazada hasta el puerperio, confluirán distintas lenguas y visiones del mundo en el hospital.

Desarrollo

La atención médica de la indígena embarazada está cruzada por lo ajeno y lo propio, lo tradicional y lo moderno originado en el encuentro de visiones distintas del mundo, materializadas en saberes y prácticas médicas que pueden ser antagónicas y hasta conflictivas, aunque en la vida cotidiana es posible observar una serie de transacciones debido a la expansión del modelo médico hegemónico y a la eficiencia terapéutica científica (Menéndez, 1981, 1983). Por un lado, está el médico formado en el paradigma de la ciencia y la perspectiva biologicista, cono-

¹⁰ Las comunidades nahuas del sur de Jalisco están desapareciendo debido a la migración y la discriminación que repercuten en la pérdida del idioma y tradiciones. El Censo 2010 (INEGI) computó 251 nahuas en los seis municipios del sur donde son originarios y 17 525 wixáritaari hablantes mayores de tres años en los 10 municipios del norte de Jalisco.

¹¹ Es pertinente ser cuidadosos con las cifras oficiales, ya que el criterio lingüístico que emplea el INEGI para computar a la población indígena reduce las cifras reales, sesgadas por la propia negativa de los indígenas a querer hablar o aprender su lengua, principalmente para evitar ser discriminados, además que el contacto y comunicación en español con población no indígena es fundamental para subsistir en la ciudad.

¹² La diferencia del número de hijos nacidos vivos que tienen las mujeres mestizas, hablantes de español, no es significativa. El promedio en Jalisco es de 2.32 y en la ZMG de 2.48.

¹³ La población wixáritaari, según el Censo 2010 del INEGI, contabilizó en Zapopan 197 hablantes huicholes, en Guadalajara 131, en Tlaquepaque 74, en Tlajomulco 26, en Tonalá 64 y en El Salto sólo 4. No obstante, son población asidua a los hospitales públicos de la ZMG, porque viven en la ciudad o son referidos por hospitales de los municipios del norte de Jalisco.

Cuadro 1. Población indígena y etnias establecidas en los municipios de la ZMG

<i>Municipio de la ZMG</i>	<i>Población total</i>	<i>Población hablante de lengua indígena mayor de tres años</i>	<i>Etnias asentadas</i>	<i>Etnias predominantes</i>
Zapopan	1 160 968	12 498	48	Náhuatl, purépecha y zapoteca
Guadalajara	1 404 196	5 575	41	Náhuatl, mixteco y purépecha
Tlaquepaque	5 566 285	3 250	31	Purépecha, otomí y náhuatl
Tlajomulco de Zúñiga	374 357	2 082	29	Náhuatl, purépecha y zapoteca
Tonalá	441 990	1 761	28	Náhuatl, purépecha y mixteco
El Salto	128 325	484	22	Náhuatl y purépecha

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010.

cimiento academicista y globalizado que otorga legalidad y hegemonía al discurso médico, “donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos” (Menéndez, 1998: 2). Del otro lado se encuentra la manera en que interactúan las comunidades indígenas con la cultura médica hegemónica, la asimilación parcial y reinterpretación que han hecho de ésta, y la posibilidad de complementariedad de saberes y prácticas médicas, primordialmente como decisión individual al buscar en espacios distintos la atención médico-científica y la indígena debido a la exclusión institucional de la última (Duarte, 2003).

Las principales instituciones sanitarias públicas establecidas en la ZMG corresponden a nosocomios de segundo y tercer nivel de atención, sitios de altísima especialidad médica a la que llegan dos tipos de indígenas embarazadas acompañadas de familiares. Primordialmente se trata de mujeres y familias indígenas establecidas en la ciudad (Sánchez, 2002; Martínez, 2000), que por generaciones han tejido redes sociales entre parientes, para instalarse definitiva o temporalmente en la ciudad sin perder contacto con sus comunidades y costumbres. Las nuevas generaciones han ido olvidando la lengua indígena; apenas la entienden y la hablan cada vez menos, incluso no tienen interés en aprenderla.¹⁴ Las indígenas migrantes

¹⁴ Witsili Lenguas Indígenas Mexicanas, A. C., es una organización no gubernamental que ofrece a población migrante en la ZMG la enseñanza de distintas lenguas indígenas, como el nahua y el wixárika, entre otras.

que acuden al hospital lo hacen porque están certeras que es lo mejor para ellas y los hijos que esperan; reconocen que en caso de ocurrir alguna emergencia, los médicos y la tecnología médica podrían salvarles la vida. Y al menos para las nuevas generaciones, la posibilidad de un parto en casa, como antaño sucedía con las abuelas en el pueblo, es visto como una práctica de riesgo.

Las otras mujeres generalmente son indígenas wixáritaari provenientes de la zona norte de Jalisco, referidas por instancias sanitarias de primer nivel ubicadas en su región o comunidad, que no cuentan con recursos humanos ni técnico-médicos para asistirles, porque su competencia se centra en la promoción y prevención de la salud, y en caso de emergencia obstétrica que ponga en riesgo su vida y la de su hijo, serán trasladadas en helicópteros habilitados como ambulancias y auxiliadas por médicos especialistas que salvaguardan su vida durante ese trayecto; de manera paralela, en esas regiones las parteras tradicionales¹⁵ también buscan disminuir la mortandad materno-infantil; incluso pueden ser la única opción para muchas indígenas. Su demanda ha disminuido por la expansión de servicios médicos, la presencia de pequeñas clínicas donde antes no había, la gratuidad de servicios médicos básicos y las estrategias político-sanitarias para la imposición del modelo médico hegemónico.¹⁶ Lo que de manera general viven las indígenas embarazadas y su familia cuando llegan a los hospitales públicos, independientemente del nivel de atención, es la ausencia de intérpretes-traductores y facilitadores interculturales,¹⁷ que funjan como gestores propiciatorios del diálogo intercultural entre el médico y la indígena embarazada/familiar.

¹⁵ Las parteras tradicionales regularmente mujeres, aunque hay hombres, aprenden empíricamente a través de las abuelas o las madres, o bien "por la misma necesidad" de no contar con clínicas u hospitales. La mujer wixárika pare sola en casa, algunas veces asistida por otras parientes, el esposo o sus hijos cuando no hay nadie más. Las parteras tradicionales se distinguen de las profesionales porque éstas son capacitadas por los Servicios Estatales de Salud, que les otorga una licencia para ejercer su oficio.

¹⁶ Tras la condición de recibir el apoyo monetario del Programa Próspera, la indígena embarazada que vive en la Sierra debe cumplir con las "acciones de corresponsabilidad" para no retirarle el beneficio económico, asistiendo a la consulta médica y talleres comunitarios. Sin que este programa haya reducido la pobreza o desigualdad, se trata más bien de una estrategia político asistencial con la que el gobierno asegura votantes llegado el tiempo electoral. Menéndez ha explicado que el modelo médico hegemónico (MMH) busca la exclusión jurídica e ideológica de los otros modelos médicos operando a través de su apropiación o transformación, que la mayor de las veces concluye en la complementariedad, "porque la organización social, ideológica y político-económico que opera tanto sobre las prácticas médicas, como sobre el conjunto del sistema, tiende a producir, más que la exclusión de los sistemas alternativos, la apropiación y transformación de los mismos a partir de su subordinación ideológica al MMH" (Menéndez, 1981: 98).

¹⁷ El Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (Inali) capacita y certifica a traductores intérpretes en lenguas indígenas. El facilitador intercultural es cualquier persona, indígena o no indígena, que participa activamente en los encuentros comunicativos interculturales, propiciando el diálogo respetuoso entre los interlocutores, con el fin de identificar las dificultades de comunicación y potencialidades que impulsan el entendimiento. En términos prácticos el facilitador intercultural, como el diálogo, son puentes interculturales que propician la construcción deliberada de espacios horizontales.

Los médicos asumen que al hablar español, en caso de una indígena embarazada/familiar bilingüe, no es necesaria la intervención de un intérprete-traductor o un facilitador intercultural en salud,¹⁸ minimizando las dificultades de entendimiento mutuo y aumentando los niveles de satisfacción para ambos. Las indígenas embarazadas y sus familiares ignoran que es un derecho constitucional,¹⁹ y ante la ausencia de personal capacitado en interculturalidad dentro de los nosocomios, afrontan solos esta situación. Al trasladar la responsabilidad de la interpretación a familiares bilingües, las autoridades médicas deslindan al Estado de su obligación a garantizar el derecho a tener información en la lengua madre de los indígenas, lo que constituye un acto de discriminación y olvido.

La comunicación intercultural en salud entre el médico-indígena embarazada/familiar, a diferencia de la díada médico-paciente empleada en la bioética, deja en descubierto la condición social de etnicidad, clase social y género, útiles y necesarias para la discusión teórica y metodológica. También se deslinda de la medicalización de la atención del embarazo, propia del modelo médico hegemónico. Y al agregar al familiar, se revela que en el terreno práctico la embarazada, indígena o no, asiste acompañada por algún miembro de la familia, no sólo para acompañarle durante el trayecto y la espera, sino para llegado el momento tomar decisiones en conjunto.

La comunicación intercultural dentro del hospital se da en distintos momentos y escenarios que despliegan la actuación social de los hablantes interculturales, siendo la consulta médica un espacio fundamental en el proceso de la atención médica a la indígena embarazada que culmina con el nacimiento de su hijo. En la consulta médica coinciden los interlocutores para resolver dudas y tomar decisiones, al brindar información y facilitar mecanismos de retroalimentación con el objetivo de entenderse para asegurar las mejores condiciones "médicas" para la indígena y el hijo que espera, y por supuesto prepararse para el parto. Siendo la primera fase del proceso de la atención de la indígena embarazada, debería ser un espacio privilegiado para el diálogo. No obstante, lo que ocurre en los grandes hospitales públicos, que además son hospitales-escuela, responde a otros intereses.

¹⁸ La Secretaría de Salud (2005: 13) especifica "garantizar la traducción a los usuarios que lo requieran", estrategia selectiva que visibiliza a los indígenas monolingües. Pero la falta de entendimiento traspasa el uso de lenguas distintas. Traducir no es sólo expresar en una lengua lo que se ha dicho antes en otra está la interpretación cultural y lo que llamo el "otro idioma": el técnico-médico. Lo que de algún modo constituye un problema para todo aquel que no sea médico y que, por tanto, no ha aprendido ese lenguaje particular.

¹⁹ En el capítulo III sobre Prestadores de Servicios de Salud, artículo 51 Bis 1 de la Ley General de Salud se lee: "Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen. Cuando se trate de la atención a los usuarios originarios de pueblos y comunidades indígenas, éstos tendrán derecho a obtener información necesaria en su lengua".

Debido a la naturaleza de los datos etnográficos fue posible elaborar una tipología de encuentros comunicativos interculturales en salud materna que se dieron en el encuentro médico²⁰ acompañando a mujeres indígenas y sus familiares²¹ como facilitadora intercultural.²² Quién interroga y quién calla, quién palpa y quién permite ser tocada, quién dirige el “proceso natural” del parto y quién asume dichas órdenes, son movimientos que revelan los distintos lugares de enunciación de los interlocutores. Se presentan dos tipos de comunicación intercultural que muestra distintas relaciones de poder ejercidas de unos interlocutores hacia otros.

De la cita médica a la sesión médica

A partir del segundo trimestre, Trinidad²³ llevó control prenatal en un centro de salud del cual fue referida al hospital porque el corazón de su hijo “latía débilmente”, según había entendido del médico cuando le interpretó la última ecografía. Iba acompañada por familiares y amigos que estaban preocupados por el estado de salud de su hijo. Trinidad es sumamente callada y tímida; durante ese tiempo no habla ni tiene contacto visual con los interlocutores. Su familiar dice a los médicos que “no habla español”; ésta responde por ella y conversa con ella en su lengua para responder a las preguntas que hacen los médicos. Parte del interrogatorio médico lo realiza un interno; en la consulta médica “presenta” el caso a la residente a cargo. Para ese momento prohíben el ingreso de la familiar que fungía como intérprete; se argumenta que adentro se tratan asuntos íntimos y aunque sean familiares de las pacientes, éstas no quieren que se enteren de ciertas cuestiones,

²⁰ Cabe subrayar que esta tipología no está libre de matices y responde a varias circunstancias que son parte sustancial del proceso de comunicación intercultural, como los interlocutores (la indígena embarazada, el familiar; el facilitador intercultural, el intérprete-traductor y los médicos) o el espacio (consultorio, urgencias u hospitalización).

²¹ Durante el trabajo de campo se identificaron 15 indígenas embarazadas en el servicio de ginecobstetricia: consulta externa, urgencias y hospitalización. Prevalcen las purépechas o tarascas siendo ocho, le siguen cuatro wixáritaari o huicholas, dos nahuas y una hñāhñu u otomí. Diez de esas indígenas radican permanentemente en la ZMG, incluso las que nacieron aquí mantienen contacto cercano con su comunidad de origen, yendo y viniendo por cortas temporadas, principalmente cuando hay fiestas religiosas y tradicionales. Dos de ellas han perdido su lengua de origen, dos indígenas monolingües tuvieron apoyo de intérpretes de su lengua y el resto era bilingüe. Seis de estas mujeres cursaron un embarazo normal y nueve tuvieron un embarazo de “alto riesgo” por causas del embarazo o por presentar alguna enfermedad crónica degenerativa.

²² Al presentarme a los médicos como facilitadora intercultural suavicé mi presencia como investigadora social y justifiqué mi participación activa en el acompañamiento de la indígena embarazada. Así fui testigo activo de lo que ocurre en los encuentros comunicativos interculturales, para comprender los significados que atribuyen e intercambian los interlocutores, los cuales se revelan en el lenguaje, la comunicación verbal y no verbal y el lugar de enunciación, condicionados por el espacio normativo de la organización y funcionamiento de la institución sanitaria. Este rol implicó colaborar activamente realizando preguntas a los médicos, gestionar el ingreso de traductores-intérpretes (era común que los guardias de seguridad no les permitían ingresar al hospital por falta de una identificación o a ciertas áreas médicas sólo por ser hombres), agilizar trámites burocráticos, alentar a las indígenas a expresar sus inquietudes y resolver dudas tanto a médicos como a indígenas embarazadas/familiares.

²³ Se emplean seudónimos para proteger la identidad de las indígenas participantes.

sin antes preguntar a Trinidad qué quiere. Explican a la familiar intérprete que al concluir la consulta puede pasar.

Se interroga de nuevo a Trinidad empleando preguntas cerradas; esta vez lo hace un residente que corrige algunos datos tomados por el interno. Concluido este momento, le pide pasar a la habitación contigua para la revisión física. Internos palpan el vientre y escuchan el corazón; la residente toma datos que lleva al expediente; después le solicita acomodarse para la revisión ginecológica que realiza una residente de mayor rango que toma asiento en un banco médico, a la altura de las piernas abiertas de Trinidad y revisa. Algo encuentra. Manda llamar al médico encargado; residentes e internos se congregan. Conversan el adscrito y la residente en términos médicos, es decir, sólo para ellos. Preguntan en voz alta el número de partos previos que tuvo Trinidad; internos y residentes que escucharon el interrogatorio médico responden. Preguntan dónde fue el último parto. Trinidad, quien supuestamente no hablaba español, responde que fue en su pueblo en una clínica y otro parto más con una partera en su comunidad.

Nuevamente adscrito y residente conversan en voz baja; se escucha la palabra "secuela" y que la "mucosa vaginal que debe estar adentro está afuera". Encuentran algo más, "¿una bola?" que debe drenarse. Con jeringa en mano la residente mira al adscrito; éste responde a su gesto diciéndole que "en esa zona no hay dolor". Trinidad coloca uno de sus brazos sobre su cara, que expresa dolor y seguramente vergüenza; se mueve constantemente e intenta cerrar las piernas. Los médicos le piden "relajarse", no moverse y abrir las piernas. Llaman a la familiar para que intérprete en su lengua esas indicaciones; hablan en su lengua; aquélla le toma el brazo. El profesor instruye a su pupila sobre la técnica y el resto de los médicos escuchan y observan; luego cuestiona a la residente sobre el diagnóstico; responde con cierta duda; aquélla la felicita; su diagnóstico es correcto. Ella sonríe y termina con el procedimiento. La residente entrega a un interno la jeringa para llevar la muestra a "cultivo". Le piden a Trinidad cambiarse para luego pasar al área del escritorio. La residente explica a la familiar lo que hicieron, el medicamento que debe tomar y que será normal que tenga un pequeño sangrado. También informa los signos de alarma en las embarazadas, y en caso de presentarse asistir las 24 horas al hospital.

En este encuentro sobresale una de las funciones vertebrales de los hospitales-escuela: el proceso enseñanza-aprendizaje a través de la práctica clínica y la participación temprana de los médicos en formación en la atención de la embarazada, dejándole a cargo actividades que responden según el grado de formación y el año que cursan en la especialidad médica. En la práctica clínica las aulas de clase se trasladan al consultorio médico, a las salas de labor y de parto, como a la cama de la indígena embarazada o púérpera. El proceso enseñanza-aprendizaje constituye una marca que revela a cada momento el orden jerárquico entre el personal

médico, dándole fuerza a la internalización de quién es cada quién en el hospital y, por tanto, del margen de maniobra que cada uno tiene. A la indígena embarazada se le niega la posibilidad de ser informada y considerada respecto a lo que tiene y lo que le harán. Al racionalizar el bienestar de la embarazada no hay cabida para consultarla, pero sí lo hay para la formación médica. En la exploración física, la comunicación con la indígena embarazada es menor; los médicos conversarán de ahora en adelante con su cuerpo a través de la revisión fisiológica,²⁴ siempre en el marco formativo de la enseñanza-aprendizaje. Si durante la revisión quieren ahondar en algún dato, aun cuando la tienen frente ellos, preguntarán a los internos o residentes que hicieron el interrogatorio. Hablan “para” ellos y “entre” ellos empleando el lenguaje técnico-médico, como si la indígena no estuviese ahí, no escuchase que hablan de ella ni padeciese la exploración ginecológica, reduciéndola a una zona anormal de su cuerpo.

En el proceso de la comunicación, la indígena embarazada sólo será considerada para disciplinar y controlar su cuerpo, dándole indicaciones precisas de lo que se necesita de ella: abrir las piernas y no moverse. El dolor y pudor expresado en el rostro y cuerpo si bien no son abiertamente negados, sí son minimizados. Trinidad no tiene más remedio; su posición de interlocutora está vulnerada en todos los sentidos. Se prioriza el entendimiento a través del diálogo entre el maestro y el aprendiz, bajo la misma estructura de autoridad a la que se somete a la indígena embarazada y a su familiar. Al final, se felicita al estudiante por el razonamiento clínico. Ese día, la meta formativa de la enseñanza basada en casos fue un éxito. Este modelo de enseñanza-aprendizaje que resulta en un particular encuentro de comunicación intercultural será reproducido una y otra vez, a partir de lo que aprenden los médicos en formación, legitimando sus acciones y discursos biomédicos y unilaterales. Encuentros como éste pueden transmitir a los médicos en formación que es válido subordinar la comunicación intercultural por la asistencia obstétrica, que en los hospitales-escuela adquirir conocimiento y progresar en las habilidades técnicas-médicas es la prioridad, ignorando la voz de la indígena embarazada y violentando sus derechos humanos y reproductivos.

*La voz legítima y la ilegítima*²⁵

Amelia fue diagnosticada con una enfermedad crónica desde su primer embarazo; por tanto, su caso es de especial cuidado para los médicos. La acompaña a esta consulta médica una estudiante de Trabajo Social que realiza su servicio social. La

²⁴ La mucosa fuera de lugar, así como el tamaño, color y consistencia de “la bola”.

²⁵ Este encuentro comunicativo fue comentado por la indígena embarazada y una trabajadora social, porque me encontraba acompañando a otra indígena. Un día anterior la puse al tanto del caso y le pedí atender el proceso de la comunicación, para luego narrármelo. Lo que describo corresponde a la versión de la indígena y la compañera que en esa ocasión fungió como facilitadora intercultural.

médico solicita los valores tomados en la enfermería y los últimos resultados de laboratorio y de gabinete. Revisa las hojas y de ahí surgen las primeras preguntas del interrogatorio. Algunos valores se llevan al expediente clínico. También solicita la "hoja" donde se registran sus ecos. Amelia la olvidó en el albergue al momento de ordenar sus cosas. La médico dice que nunca debe olvidar sus papeles porque a través de ese medio los médicos "se comunican" entre sí; declara que si sucede algo con su salud o la de su hijo "se mandan un recado". Pregunta si se ha tomado sus ecos; Amelia responde que sí. Después la revisan.

De vuelta en el escritorio se le pide regresar a cita médica en un mes y en una semana al eco. La prestadora de servicio social explica que por falta de recurso económico Amelia no puede venir en una semana; su esposo es campesino y debe ahorrar para costearle los viáticos; cuando venga a consulta se tomará el eco. Entonces la médico las cuestiona al enterarse que no se ha hecho el seguimiento que "debe" realizarse, probablemente como lo dicta la norma. Pregunta si esa hoja fue olvidada o en realidad no la tiene porque no ha venido; ¿acaso no le han dicho la "verdad"? Sus interlocutoras, la indígena y la prestadora de servicio social, se defienden. Le aseguran que sí acude y que ese papel sí existe; repiten que fue olvidado y que por falta de dinero viene al eco cuando tiene cita médica.²⁶

Para resolver el problema la médico le pide quedarse en el albergue de la ciudad hasta el nacimiento de su hijo, más o menos un mes; no un par de días, como había estado sucediendo en otras ocasiones. Solicita apoyo a la prestadora de servicio social; ésta responde lo que la médico quiere escuchar, más por no contravenir que por estar convencida: "darle a Amelia un pase para el albergue". Y completa la médico: traer esa hoja. Pero la médico no está conforme; decide averiguar y marca por teléfono a un colega para corroborar que Amelia vino un día anterior. La cita concluye cuando la médico le pide a Amelia indicar qué día de la siguiente semana puede venir al estudio; Amelia da una fecha, pero no regresa hasta su siguiente cita médica. Explica que no tiene dinero "para ir a cada ratito". Tampoco acepta quedarse en el albergue tanto tiempo; no quiere dejar a su familia, especialmente a su pequeña hija.

Observamos que mientras la médico hace cálculos sobre cómo solucionar "el problema de no realizarse los ecos semanalmente", para Amelia —quien reconocía el riesgo de la enfermedad en su embarazo— el problema está también en otro lado, la falta de recurso económico y dejar sus redes sociales. En ese sentido no hay acuerdo ni entendimiento porque la médico y la indígena no organizan ni

²⁶ Algunas ocasiones pidió cambiarle la cita médica, ecos y laboratoriales debido a que autodefensas de su comunidad, en el estado de Michoacán, prohibían la entrada o salida de gente, a menos que ella asumiera los riesgos de ser detenida e incluso desaparecida. En otro momento el movimiento magisterial tomó carreteras, imposibilitando el traslado directo en el camión público. Llegar a la ciudad le tomó dos días de camino, yendo a puntos específicos a veces a pie, otras en taxi y el último trayecto en camión.

priorizan la realidad social de la misma forma. Por un lado está una mujer profesionalista asalariada que vive en la ciudad, y de otro lado una mujer indígena que se dedica al cuidado de su familia y cuyo único ingreso económico variable pende exclusivamente de su marido. La diferencia entre estas mujeres está marcada por la biografía histórica y sociocultural de los grupos sociales a que pertenecen, pues a pesar de ser mujeres no se entienden.

Organizar e interpretar la realidad de otro actor social desde el propio marco sociocultural es un peligro. Primero porque se emplea el propio esquema de interpretación que en sí está compuesto por sus propias contradicciones, y sobre todo porque está limitado a un asunto privado. Y en segundo lugar porque produce y reproduce atributos sociales cargados de prejuicio social que encajan a ciertos grupos sociales: ser mujer, ser indígena, ser pobre, estar enferma y embarazada. Que en el caso de la médico cada atributo tiene una carga particular de riesgo. Decidir por la indígena sin dejarla expresar su voz, individual y sociocultural, es una imposición colonial que obliga a la indígena a permanecer en su lugar de interlocutora subalterna en medio de la comunicación intercultural. Su voz como instrumento político, que permite expresar quién es cada quién en los encuentros comunicativos, es silenciada y no escuchada. Lo mismo ocurre para la trabajadora social, que no tiene autoridad médica. En cambio, el expediente clínico que informa lo que el personal médico y la institución sanitaria pública han hecho, junto a la voz de otro colega, son las voces legítimas, las que tienen la oportunidad de expresarse y de ser escuchadas/leídas. Aquellas voces, la escrita y la oral, indican como “debe ser” el proceso de la atención del embarazo de una “mujer enferma”, y lo único que debe ser considerado porque quien lo dice tiene autoridad para ello, debido a que están validadas “en” y “por” el marco institucional y técnico-médico-científico, incluso el jurídico. Aquello que está fuera de ese margen constituye información de poca valía en la toma de decisiones, que regularmente se resuelven de manera unilateral. De modo que la médico deposita en la embarazada indígena una serie de expectativas que son parte de las normas médicas,²⁷ construcciones occidentales, etnocéntricas y hegemónicas.

Consideraciones finales

Si bien el gobierno federal reconoce la deuda acumulada a los pueblos indígenas y el hecho de que los esfuerzos implementados a través de acciones gubernamentales —dirigidas sobre todo a población indígena— no hayan alcanzado los resultados esperados, lejos está de una verdadera política pública intercultural que reduzca el rezago y la brecha en las condiciones sanitarias entre grupos

²⁷ La NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida y las Guías de Práctica Clínica.

sociales y regiones del país. Como prueba está lo que ocurre en materia de comunicación intercultural en los espacios microsociológicos en la atención de la indígena embarazada.

Progresivamente la atención del embarazo pasó de ser un evento íntimo y privado de la parturienta y su familia, asistido en el hogar por mujeres parteras de la comunidad que empleaban el autoconocimiento de su cuerpo en el cuidado de las embarazadas y sus recién nacidos, logrado a partir de la observación y la experiencia directa e indirecta, a un evento social y público de orden institucional y político de interés para los estados,²⁸ que se patologiza y es acreedor de ser medicalizado e intervenido por personal masculino formado en las universidades, que controla la reproducción humana y el cuerpo de las mujeres (Montes, 2007; Blázquez, 2015).

En términos goffmanianos, el hospital como institución total produce y reproduce una "versión sociológica de la estructura del yo" (Goffman, 2001), a través de la rutina médica y el conjunto de obligaciones, normas y reglamentos que regulan a los sujetos sociales cognitiva, corporal y hasta afectivamente. Quién es cada uno de ellos en el encuentro comunicativo, es reconocido a través de sus actos y los elementos simbólicos que portan y tiene a su alrededor. Para el caso del médico, el ejemplo más representativo es el uso de la bata blanca, asociada al acto de curar. Quien la usa tiene el privilegio de desnudar física y moralmente a la embarazada, explorar zonas íntimas de su cuerpo, acallar su palabra y tomar decisiones por ella. La bata blanca como objeto simbólico ilustra respeto, autoridad, profesionalismo y pulcritud (Tristán *et al.*, 2007).²⁹ Lo que se ve en la consulta médica y en otros sitios del hospital, como las salas de tococirugía, son actores y espacios distribuidos para el ejercicio de papeles ordenados que confieren un lugar de enunciación para cada hablante, que al ser actuados una y otra vez mantienen un orden social que economiza el encuentro, siempre a favor de la productividad de la institución,³⁰ sentido que va en contra del desempeño médico profesional y la atención y satisfacción de la indígena

²⁸ De manera paralela a la política intercultural en salud, los esfuerzos del gobierno en salud materna provienen del Programa Arranque Parejo en la Vida creado en 2001, iniciativa federal que buscó reducir la mortandad materna en 35% para el 2015, cifra que no alcanzó, apegados al acuerdo adquirido por México según el Objetivo 5 de la Declaración del Milenio en las Naciones Unidas. Hoy las autoridades sanitarias también son vigiladas, el control de todo el proceso reproductivo es una estrategia para reducir la mortandad materna y perinatal. La medicina defensiva y la medicalización son algunas de sus expresiones.

²⁹ Es común que en la práctica privada los médicos no usen la bata blanca; por tanto, ésta se relaciona a la imagen del médico burocratizado que trabaja para las instancias gubernamentales.

³⁰ Los médicos reconocen que requieren más tiempo para dedicarse a las embarazadas, indígenas y no indígenas, pero es imposible por todas las labores que deben realizar. La comunicación intercultural no se da en el vacío. La saturación del servicio de ginecología y las largas jornadas de trabajo que deben cubrir residentes e internos, no propicia el diálogo y el encuentro con el diverso.

embarazada y su familiar. Ese proceso normativamente estructurado también afianza el lugar que ocupa cada uno de los interlocutores en el consultorio médico, microespacio en el que todos rápidamente aprenden su parlamento lingüístico y no lingüístico que perpetúa otredades asimétricas y la subalternidad, el marco de lo decible y no decible, y el grado de maniobra.

Por otro lado, los rasgos estructurales de la medicina alopática subalternan dimensiones necesarias para hacer operativo lo intercultural: género, cultura y clase social. Blázquez (2015) advierte que la reproducción humana no es un proceso biológico, sino una actividad social determinada por las condiciones materiales y las relaciones socioculturales. Fragmentar a la embarazada, indígena o no, en unidades mínimas como cuerpo/enfermedad/naturaleza, es parte del modelo monocultural y hegemónico de la medicina alopática. La atención del embarazo institucional está fijada por la "voz autorizada" del personal médico y sanitario, que responde no sólo a la formación disciplinaria sino también a los acuerdos políticos.

Gutiérrez (2010: 20) sostiene que el sometimiento de las mujeres, como cualquier otro ejercicio de poder, no se encuentra en la prohibición: "la opresión de las mujeres se sostiene en una serie de rígidas estructuras normativas, de dispositivos sociales, costumbres, creencias interiorizadas, temores inconscientes y armazones simbólicos que, fundamentalmente, *coartan la posibilidad de disponer de nosotras mismas*". Durante la atención de la "paciente" indígena embarazada la "disposición de sí", término que acuña Gutiérrez, está condicionada por la organización de la institución, la distribución del espacio físico y la relación médico-paciente/indígena-no indígena. Los ritos, las prácticas y el discurso médico aprisionan y dominan a la indígena embarazada al convertirla en un objeto de cuidado que requiere ser vigilada por su estado fisiológico. Es probable, aunque falta profundizar en ello, que ocurra algo similar con la no indígena embarazada. Sadler (2003:10) explica que desde el nacimiento mismo "somos testigos de la expropiación de nuestros cuerpos y saberes por el sistema, y de la invisibilización de lo que las mujeres sienten, opinan y saben, silenciando así todas las maneras de conocer no hegemónicas". Sólo que la desigualdad sociocultural entre los interlocutores se magnifica al ser mujer, indígena, embarazada, pobre y monolingüe. Las relaciones de poder tienen múltiples rostros y voces que se dejan ver y escuchar durante la atención médica de la indígena embarazada.

Respecto a la comunicación intercultural dialógica, herramienta y proceso, es importante subrayar que favorece a la elaboración de códigos compartidos para el entendimiento. El habla y la escucha de los subalternos debe impulsarse a través de espacios de igualdad que permiten mostrarse unos a otros para visibilizarse, pero eso implica saberse inacabados, y por tanto estar apertura-

dos y dispuestos a cuestionar la propia visión del mundo. Corona (2013: 39) advierte que esos "espacios de igualdad no están allí para rescatarlos; si se buscan, no se encuentran. De esta manera resulta ineludible ejercer e instaurar la igualdad necesaria para el diálogo". El diálogo como acto político y ético debe ejercerse por voluntad para aprender mejores maneras de vivir junto a los diversos, y un paso para construir espacios horizontales es la contratación de facilitadores interculturales e intérpretes-traductores capacitados en materia sanitaria, de modo que ese vacío no abone al estigma social y a la consecuente discriminación.

Referencias bibliográficas

- Almaguer, José, Vicente Vargas y Hernán García (2009a), "Interculturalidad y salud", en José Almaguer y Jaime Mas (coords.), *Interculturalidad en salud. Experiencia y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*, México, SSA/UNAM, pp. 1-42.
- (et al.) (2009b), "La interculturalidad como política de salud", en José Almaguer y Jaime Mas (coords.), *Interculturalidad en salud. Experiencia y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*, México, SSA/UNAM, pp. 63-97.
- Blázquez, María (2015), "Aproximación a la antropología de la reproducción", en *Revista de Antropología Iberoamericana*, núm. 42, julio-agosto, pp. 1-25.
- Campos, Roberto (2015), "Hegemonía médica y subordinación legal de las medicinas indígenas", en Roberto Campos, *Nadie nos puede arrebatar nuestro conocimiento. Proceso de legalización de las medicinas indígenas tradicionales indígenas en México y Bolivia*, México, UNAM, pp. 45-56.
- Castro, Roberto (2014), "Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México", en *Revista Mexicana de Sociología*, 76 (2), pp. 167-197.
- , y Joaquina Erviti (2003), "Violations of Reproductive Rights during Hospital Births in Mexico", en *Health and Human Rights*, 7, pp. 90-110.
- Coneval (2012), *Evaluación estratégica sobre mortalidad materna en México, 2010: características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud*, México.
- Corona, Sarah (2013), "La comunicación y su vocación intercultural", en Inés Cornejo y Luis Guadarrama (coords.), *Culturas en comunicación. Entre la vocación intercultural y las tecnologías de información*, México, Productora de Contenidos Culturales Sagahón Repoll.
- Duarte, Beatriz (2003), "Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales", en *Cad. Saúde Pública*, 19 (2), pp. 635-643.
- Goffman, Erving (2001), *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu.

- Grimson, Alejandro (2001), *Interculturalidad y comunicación*, Colombia, Norma.
- Gutiérrez, Raquel (2010), *Desandar el laberinto. Introspección en la feminidad contemporánea*, México, Pez en el árbol.
- Martínez, Regina (2000), "Nuevos espacios para las lenguas y culturas indígenas: los otomíes en Guadalajara", en *Nueva Antropología*, 17 (57), pp. 43-55.
- Menéndez, Eduardo (1981), *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, México, Ediciones de la Casa Chata ("Estructura y funcionamiento de las prácticas curativas 'tradicionales'. Crítica al modelo antropológico"), pp. 343-386.
- (1983), "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales", en Eduardo Menéndez (ed.), *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autogestión (gestión) en salud*, México, CIESAS, pp. 97-114.
- (1998), "Modelo médico hegemónico y atención primaria", en *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 30 de abril al 7 de mayo, Buenos Aires.
- Montes, María (2007), "Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos", tesis doctoral, Tarragona, Universitat Rovira I Virgili; disponible en [www.tdx.cat/bitstream/handle.../MicrosoftWord1COMPLETOlasculturasdelna.pdf]; consultado el 20 de octubre de 2016.
- Sadler, Michelle (2003), "'Así me nacieron a mi hija'. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario", tesis de licenciatura, Chile, Universidad de Chile; disponible en [http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Asi_me_Nacieron_a_mi_Hija._Aportes_antropologicos_para_el_analisis_de.pdf]; consultado el 13 de septiembre de 2016.
- Sánchez, Martha (2002), "Migración indígena a centros urbanos. Al área metropolitana de la ciudad de México con referencias a las ciudades de Guadalajara y Tijuana", en Foro invisibilidad y conciencia: migración interna de niñas y niños jornaleros agrícolas en México, 26 y 27 de septiembre, México.
- Secretaría de Salud (SSA) (2005), *Interculturalidad en salud. Síntesis ejecutiva*, México; disponible en [<http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/Interculturalidad/LineamientosInterculturalesOperacion.pdf>]; consultado el 9 de noviembre de 2016.
- (s/f), *Guía de implantación. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro*, México; disponible en [www.dgplades.salud.gob.mx/.../Interculturalidad/GuiaImplantacionModeloParto.pdf]; consultado el 22 de octubre de 2016.
- (2009), *Competencias interculturales para el personal de salud*, México.

- Sesia, Paola (2015), "Enfoque intercultural aplicado a la salud materna. Herramientas culturalmente apropiadas", en María Freyermuth (coord.), *25 años de buenas prácticas para reducir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia*, México, Observatorio de Moralidad Materna en México/CIESAS, pp. 109-115.
- Tristán *et al.* (2007), "Contenido simbólico de la bata blanca de los médicos", en *Gazeta de Antropología*, 23, pp. 1-10.
- Walsh, Catherine (2005), *La interculturalidad en la educación*, Perú, Unicef/Ministerio de Educación, pp. 1-11.