

LOS ESPACIOS INTERCULTURALES EN SALUD MATERNA. *UNA OPORTUNIDAD PARA ENTABLAR EL DIÁLOGO INTERCULTURAL*

DRA. YAZBETH PULIDO HERNÁNDEZ
UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

Resumen

La diversidad cultural está presente en todos los espacios públicos, sitios donde confluyen distintas y distantes lenguas y culturas que juntas producen una compleja trama de visiones del mundo, cruzadas por procesos de comunicación que dan paso a encuentros de conflicto, imposición, negociación y diálogo. El espacio sanitario es sin duda alguna, un lugar en el que coinciden distintos sujetos sociales que tienen un mismo fin, restablecer la salud. Pero acudir al modelo médico hegemónico, es decir, a una institución sanitaria para ser atendidos por personal médico no representa, al menos para uno de esos sujetos sociales, el único camino para lograr ese objetivo, especialmente cuando se trata de atender a población indígena.

El propósito del artículo, es discutir sobre las oportunidades de diálogo intercultural que ocurren dentro de las instancias sanitarias públicas, cuando coinciden la indígena embarazada, su familia, el médico científico y el intérprete traductor indígena durante la atención materna, pues lo que ocurre en el fondo, es un encuentro y desencuentro entre saberes y prácticas médico científicas y tradicionales indígenas, en el que la comunicación intercultural como competencia cultural y, sobre todo, como proceso de diálogo intersubjetivo e intersociocultural, despliega el habla libre, la escucha activa y la apertura para lograr el entendimiento mutuo.

Palabras clave

Facilitación intercultural, barreras culturales, diálogo intercultural, saberes y prácticas médicas científicas, y saberes y prácticas médicas indígenas.

INTERCULTURAL SPACES IN MATERNAL HEALTH. *AN OPPORTUNITY TO START INTERCULTURAL DIALOGUE*

DRA. YAZBETH PULIDO HERNÁNDEZ
UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

Abstract

Cultural diversity is present in all public spaces, places where different and distant languages and cultures come together, which produces a complex plot of world view, crossed by communication processes that give way to encounters of conflict, imposition, negotiation and dialogue. The health space is, without a doubt, a place where different social subjects meet and have the same goal, which is to restore health, but going to the hegemonic medical model, that is, to a health institution to be treated by medical personnel does not represent, at least for one of these social subjects, the only way to achieve this objective, especially when it comes to treating the indigenous population.

The purpose of the article is to discuss the opportunities for intercultural dialogue that occur within public health instances, when the pregnant indigenous woman, her family, the scientific doctor and the indigenous translator interpreter coincide during maternal care, because what happens in the background is an encounter and mis-encounter between scientific and traditional indigenous knowledge and medical practices, in which intercultural communication as a cultural competence but above all, as an intersubjective and intersociocultural dialogue, promote free speech, active listening and openness to achieve mutual understanding.

Keywords

Intercultural facilitation, cultural barriers, intercultural dialogue, scientific medical knowledge and practices, and indigenous medical knowledge and practices.

LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD MATERNA EN ESCENARIOS MEDICALIZADOS: BARRERAS CULTURALES

El embarazo es un evento natural propio de las mujeres, pero lo que representa como proceso fisiológico, patológico y productivo responde a la dicotomía naturaleza-cultura y reproducción-producción (Blázquez, 2005) enmarcada en particulares circunstancias socioculturales, históricas, políticas y económicas que le confieren distintos sentidos. El embarazo, parto y puerperio constituyen fases de un mismo proceso valorado por las sociedades: la atención del embarazo.

Delicadeza y vulnerabilidad son atributos comunes a la naturaleza biológica de la mujer, que es mayormente frágil durante el embarazo por llevar dentro de ella a otro ser humano, por lo que debe ser protegida de múltiples riesgos reales y simbólicos que pongan en riesgo la salud y bienestar de la madre y el hijo que espera.

El organismo femenino es más susceptible biológica y emocionalmente durante esta etapa, de modo que le acompaña la concepción de riesgo característica de las enfermedades, por lo que se entiende como un problema de salud y se justifica la intervención sanitaria (García-Jordá y Díaz-Bernal, 2010, pp. 331-332).

A lo largo de la historia humana, el proceso salud/enfermedad/atención ha estado presente en todas las sociedades, culturas y estratos sociales por ser un hecho estructural (Menéndez, 1994), por lo que se tienen distintas visiones del mundo en lo que respecta a la salud materna, expresadas en diversas lenguas, saberes y prácticas médicas que se han transformado a lo largo de varias generaciones (Botteri y Bochar, 2019; Casillas, 1990; Flores y Rodríguez, 2006; Gallardo, 2002; Nogueira, 2019; Montes, 2007; Prado, 1984; Villarreal y Rivera, 2005), a partir del mestizaje con otros saberes y prácticas, incluyendo los que corresponden a la ciencia médica, que es apenas “un sistema de pensamiento y representación de la realidad, [pero] no la realidad en sí misma” (Arrizabalaga, 2000, pp. 72-73).

Para Illich la “medicalización de la vida”, producto del proceso de modernización, provoca yatrogenesis clínica, social y estructural.¹ En otras

1 Para Illich la yatrogénica clínica son aquellos estados clínicos que son producto de la medicalización, el personal médico o de la institución. La yatrogénica social ocurre al crear un estado de enfermedad donde hay salud. Mientras que, el gasto aplicado a la atención de enfermedades y no a salud, es una yatrogénica estructural.

palabras, vivir bajo el acecho del riesgo en toda fase de la vida, comporta requerir atención médica especializada sólo por nacer, crecer o envejecer. Precisamente la medicina connota la patologización del embarazo, que llegará a buen término sólo de ser controlado y supervisado por el personal médico en cada fase, mediante la medicalización y el uso de tecnología (Blazquez, 2005). El proceso de atención del embarazo es normativizado por la institución hospitalaria, los protocolos médicos, la medicalización y la tecnología.

Esto remite a lo que Barsky (1998) ha llamado la “paradoja de la salud”, cuando disminuye la percepción de la satisfacción con la salud por parte de los usuarios, al tiempo que hay grandes avances médicos, se mercantiliza la salud y socializan temas de salud. La medicalización en el embarazo en resumidas cuentas “es hablar de control, normativización y poder” (Montes, 2007, p. 42). Por otro lado, el “conocimiento autorizado”, término acuñado por Jordan para referirse al saber “legitimate, consequential, official, worthy of discussion, and useful for justifying actions by people engaged in accomplishing a certain task or objective” (citado en Irwing y Jordan, 1987, p. 319), ha desautorizado el conocimiento de las mujeres y de las parteras.

Mujeres embarazadas, indígenas y no indígenas, junto a sus familias, afrontan distintos obstáculos al acercarse a las instituciones sanitarias en busca de atención materna. Por ejemplo, unas y otras desconocen el lenguaje técnico-médico, por falta de conocimiento médico y entendimiento del medio en el que ocurre la interacción comunicativa (Carbajal, 2012; Nevado, 2014; Santos y Verdín, 2011). Pero en el caso de las mujeres indígenas, las barreras geográficas, económicas y culturales agravan su situación (Alarcón y Nahuelcheo, 2008; Hautecoeur, Zunzunegui y Vissandjee, 2007; Laureano-Eugenio, Villaseñor-Farías, Mejía Mendoza y Ramírez-Cordero, 2014),² incluso si se trata de servicios de partería y acceso a personal de partería (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014).

2 Son las Casas de Salud, los Centros de Salud y las Caravanas de la Salud las que facilitan el acceso a servicios médicos básicos a población que vive en lugares de difícil acceso. Mientras que, el Sistema Nacional de Protección Social o Seguro Popular protege a las familias del empobrecimiento por enfrentar gastos de salud y asegurar la cobertura sanitaria universal.

Ver: <chrome-extension://efaidnbmninnipkcpjppglcfindmkaj/https://cuidadoalternativo.files.wordpress.com/2016/06/barreras-culturales-en-los-sesa.pdf>

La mortandad materna como indicador de pobreza, desigualdad e injusticia social entre grupos sociales, regiones y países,³ es evitable si existen suficientes y mejores servicios médicos cercanos a sus comunidades y si estos tienen pertinencia cultural (Freyermuth y Luna, 2014; 2015), si la partería se fortaleciera e impulsara con mayor ahínco desde las políticas públicas hasta la formación y atención durante el embarazo, parto y puerperio, al ser pieza fundamental en la atención de la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014). Una condición que cruza la muerte materna en mujeres indígenas es el racismo, dispositivo biopolítico que reproducen la exclusión y extinción, al tiempo que marginan, desacreditan y desconocen los saberes y práctica de las mujeres y parteras indígenas (Bautista y López, 2017; Nogueira, 2019).

Son las barreras culturales las que hacen referencia a las diferencias culturales entre la cultura médica de las instancias sanitarias, claramente sostenida por el modelo médico hegemónico (MMH) (Menéndez, 1983) y expresadas a través de los saberes y prácticas del personal sanitario y, las correspondientes a los “usuarios” de ese servicio médico, que posiblemente dista del MMH, sobre todo cuando están determinadas por la etnicidad, la clase social y el género como ocurre con la indígena embarazada y su familia (Pulido, 2016).

La institucionalización del modelo médico científico ha estado acompañada por el desarrollo económico-político de estratos sociales altos, que se apropiaron de la enfermedad (en nuestro caso del embarazo) como mercancía y, marginaron otros modelos de atención (partería tradicional o empírica),⁴ de modo que “este modelo supone en consecuencia una serie

3 La inequidad en municipios indígenas, que según el CONEVAL son aquellos que 70% o más de su población habla alguna lengua indígena, tiene una Razón de Mortalidad Materna (RMM) hasta tres veces mayor que los municipios no indígenas (CONEVAL, 2012, p. 23).

4 En las últimas décadas se han desarrollado nuevos modelos de atención del embarazo que de manera global podríamos llamarles “parto humanizado”. Recientemente ha surgido la “cesárea humanizada” que implica entre muchas cosas, la extracción lenta del bebé que presiona su pecho para limpiar sus pulmones, como si fuese un parto vaginal. Facilitar el contacto madre-hijo a través de dejarle las manos libres a ella y colocar a su hijo sobre su pecho hasta concluir el procedimiento quirúrgico. La oferta de ambos procedimientos es únicamente en el servicio médico privado. El derecho a un parto informado y humano es un privilegio para unos cuantos.

de características isomórficas a la estructura de clases dominante: será jerárquico, asimétrico, clasista y racista” (Menéndez, 1983, p. 105).

Para Almaguer, González, Vargas y García (2014) estas barreras culturales son fuente de malestar para la población culturalmente distinta al personal sanitario,⁵ lo que representa no acercarse a estos servicios, o bien, no adherirse al tratamiento, poniendo en juego -si fuese el caso- la salud y la vida de las personas.

De acuerdo a la *Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural*, la misión de los servicios sanitarios debe encaminarse al reconocimiento de las *necesidades* y la *percepción* de los usuarios, es decir, lograr espacios y personal de salud *culturalmente competente* a partir de aumentar la *sensibilidad y amigabilidad cultural*, siendo necesario la identificación de las barreras culturales en cuatro ámbitos, que requieren ser atendidos para fortalecer cualquier proceso intercultural en salud en los servicios públicos.⁶ Primero. La *estructura hospitalaria*, es decir, cómo se organiza la institución sanitaria, la ética de directivos y personal, la manera en que ejercen su poder, así como planes, programas, normas, prejuicios, valores, participación de los “usuarios” y ejercicio de la ciudadanía. Segundo. El *espacio físico* que penderá según la cultura, el clima y los recursos materiales. Tercero. El *prestador de servicio de salud* que ante la distancia sociocultural, no comparte interpretación del proceso S/E/A, de la lengua, ni de los valores, códigos y normas culturales, y que en ese proceso de interacción con el otro, tiene prejuicios y formas de ejercer el poder sobre el otro. Cuarto. Los *usuarios* poseedores de su propia lengua y marco interpretativo del proceso S/E/A, que han aprendido a comprender y adoptar códigos culturales de los profesionales de la salud debido a los encuentros interculturales, con experiencias negativas y conciencia de sus derechos reproductivos o socioculturales (Almaguer, Vargas y García, 2014, pp. 23-25).

Las barreras culturales constituyen la fuente principal de los encuentros y des-encuentros comunicativos dentro de las instituciones sanitarias, donde es posible resaltar las voces y miradas socioculturales, por

5 Consideran diversas condiciones como son: género, grupo étnico, clase social, edad, preferencia y orientación sexual entre otros.

6 Estas barreras culturales se expresan en particulares procesos de comunicación intercultural donde el espacio, los interlocutores, el tema etc.

sobre las individuales, pues sin diálogo no habrá comprensión ni completud. En interculturalidad el “contacto entre culturas” es literalmente ponerse en contacto con otros “olores, saberes, sonidos, palabras, colores, corporalidades, espacialidades” (Grimson, 2001, p. 56).

El diálogo intercultural en salud

“[...] sólo hablando es posible comprender, desde todas las posiciones, cómo es realmente el mundo. El mundo es pues lo que está *entre* nosotros, lo que nos separa y nos une”

Birulés (citado en Arendt, 1997, pp. 18-19).

Desde el etnocentrismo de las perspectivas evolucionistas hasta las posturas que critican la interculturalidad dominante, registrar el proceso intercultural es útil para aprender de los otros y de uno mismo. Razón por la que Menéndez invita a reflexionar sobre “¿qué [tipo de] interculturalidad hablamos, cuando actualmente hablamos de interculturalidad?” (Menéndez, 2006, p. 58).

Restrepo desmenuza el concepto inter-culturalidad en sus dos componentes, inter y culturalidad-cultura, para evidenciar que el campo de lo cultural está minado de relaciones de poder y que las diferencias teóricas son también políticas. Considera que la desnaturalización y complejización del *indígena hiperreal*,⁷ “debe evitar caer también en la culturalización de la diferencia [...]”, esto significaría desculturalizar la interculturalidad” (Restrepo, 2014, p. 24). Al usar la palabra “hiperreal” expone cómo las estereotipaciones del “indio”, provenientes de ciertos estratos sociales, incluso de los campos disciplinares o el activismo, construyen imágenes que dictan lo que “debe ser” un indígena. Y la inquietud y desengaño que produce cuando éste no encaja en alguna de esas representaciones. Restrepo referencia el concepto “étnicamente (in) correcto” de Castañeda para dar cuenta del malestar que provoca en los no indígenas, un indígena que no se apega a lo que se espera de él. De forma equiparable, Corona (2012) emplea la “autonomía de la propia mi-

7 Restrepo usa la palabra “hiperreal” para explicar cómo las estereotipaciones del “indio”, provenientes de ciertos estratos sociales, incluso de los campos disciplinares o el activismo, construyen imágenes que dictan lo que “debe ser” un indígena. Y la inquietud y desengaño que produce cuando éste no encaja en alguna de esas representaciones. Corona (2012) se refiere a la “autonomía de la propia mirada”, a la agencia que tiene el interlocutor de expresarse como quiere ser nombrado en contraposición a la etiqueta impuesta desde fuera.

rada”, al preguntarse como investigadora: “¿quién nombra al otro? ¿cuál es la participación del otro en la construcción de su ‘propio nombre?’” (p. 71). Tanto Restrepo, como Castañeda y Corona cuestionan la noción de esencialidad cultural y, por tanto, de identidad cultural como un ente fijo, pero sobre todo impuesto desde afuera.

Domínguez (2013), al investigar sobre los zoques en la Zona Metropolitana de Guadalajara, expone que la “transformación cultural” que atraviesan las nuevas generaciones de indígenas urbanos, no representa una pérdida de identidad indígena, tanto en su carácter individual como colectivo, porque la familia es el espacio idóneo para la reproducción cultural, cuando dejar de vestir ropa tradicional, haber perdido la lengua indígena o parte de su cultura y territorio, han sido parte del despojo y exterminio al que se les ha sometido a los pueblos y comunidades indígenas. Más bien, continúa Domínguez, se debe cuestionar quién reconoce al otro como indígena.

El énfasis de lo cultural en lo inter-cultural preocupa a Corona, considera que el centro de la discusión debería estar puesta no en la cultura, sino en “el diálogo sobre las diferencias en el espacio público” (Corona y otras voces, 2007, p. 13). En referencia a la multiculturalidad generada por migraciones mundiales, se refiere a los interculturalistas del respeto y del aislamiento, defensores de la preservación de todas las culturas y del concepto estático y homogéneo de cultura e identidad, argumentos que justifican la contención de zonas que les mantienen aislados e incommunicados con el resto de la población frente al temor de la extinción de la diversidad, siendo que la transformación cultural y el mestizaje son un hecho.

[...] la diferencia es socialmente construida, es un efecto de enunciación que conlleva jerarquía y relaciones asimétricas de poder. Nombrar la diferencia, caracterizándola biológica o culturalmente, intenta naturalizar las relaciones desiguales [...] El origen de las diferencias debe ser develado y el conflicto entre los muchos diversos debe constituirse como el centro de la reflexión. Las diferencias deben ser concebidas relacionamente (los “diferentes” con relación a los “no diferentes”) y no como categoría independientes, ajenas a los sistemas de enunciación (Corona y otras voces, 2014, pp. 15-16).

El diálogo es una herramienta inter-cultural que corrompe esa imagen del esencialismo cultural, lo que reestructuraría los lugares de enun-

ciación en los espacios públicos y el modo de nombrar a la diversidad que se determina siempre frente a otro. Bajtín ha escrito que se toma consciencia de nosotros mismos por medio de los otros, “de ellos obtengo palabras, formas, tonalidad para la formación de una noción primordial acerca de mí mismo” (Bajtín, 2000, p. 162). En otras palabras, no hay identidades intocables, ni culturas fijas y homogeneizadas, debido a que el ser humano se actualiza y enriquece en cada diálogo.

Walsh declara que la interculturalidad “no se trata simplemente de reconocer, descubrir o tolerar al otro, o a la diferencia en sí [...] tampoco se trata de esencializar identidades o entenderlas como adscripciones étnicas inamovibles” (Walsh, 2005, pp. 5-6). Es un proceso por el que hay que trabajar para convivir con respeto, otorgar legitimidad a todos los grupos sociales y enriquecernos a través de la diversidad.

Además de ser una meta por alcanzar, la interculturalidad debería ser entendida como un proceso permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre personas, grupos, conocimientos, valores y tradiciones distintas, orientadas a generar, construir y propiciar un respeto mutuo, y a un desarrollo pleno de las capacidades de los individuos, por encima de sus diferencias culturales y sociales (Walsh, 2005, p. 4).

Su perspectiva crítica incita a buscar otras maneras de convivencia, comunicación y aprendizaje, “romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otras subordinadas” (Walsh, 2005, p. 4) a través de la pedagogía de-colonial (Walsh, 2010), proyecto estructural que promueve la transformación de las relaciones interculturales de abajo hacia arriba a partir del diálogo de grupos culturalmente distintos.

Por su parte Albó define a la interculturalidad como cualquier relación entre personas o grupos sociales provenientes de distintas culturas y, por consiguiente, a toda actitud de personas y grupos de una cultura en torno a otra. De acuerdo al modo en que se den las relaciones interculturales, éstas serán negativas o positivas. Las primeras destruyen, disminuyen y asimilan al distinto; las segundas enriquecen a las alteridades culturales si se aceptan unos y otros, sólo si ninguno deja de ser él mismo. Pero “la simple tolerancia del que es culturalmente distinto, sin un verdadero intercambio enriquecedor, no llega a ser todavía una interculturalidad positiva” (Albó, 2004, p. 65). Para asegurar ese tipo de intercambios, continúa Albó, propone fortalecer la identidad y la alteridad.

Las culturas subordinadas deberán reconocer, fortalecer y valorar su identidad, “echar raíces hacia dentro” para contrarrestar el daño histórico que les ha ocasionado la discriminación de los miembros y las instituciones de la cultura dominante. Y hacia fuera habrá que comunicarse con el otro que es distinto y desconocido, el cual será visto como un igual luego de la fortaleza interna. Los de adentro y los de afuera se necesitan para construir procesos interculturales positivos, la amplitud de horizontes y la complementariedad, concluye Albó (2004).

Los médicos, la embarazada indígenas (y no indígenas) y su familia se mantienen distantes física y simbólicamente, se es diferente frente al otro, porque la interacción y comunicación intercultural los coloca inconscientemente, dentro y fuera de un grupo racial, clase social y género.

Además, vale la pena considerar que “resulta indisociable la experiencia social de la experiencia espacial. [Pues] La experiencia humana es, en gran medida, el lugar en la que ocurre: toda actividad humana tiene un *locus*” (Corraliza y Gilmartín, 1996, p. 410). El hospital, un escenario institucional estructuralmente organizado donde se desarrollan particulares prácticas sociales propias de la medicina científica, funciona acorde a rígidas normas y protocolos administrativos y médicos, regulados a su vez por marcos legales y científicos que dejan poco margen para imaginar nuevas relaciones y comunicaciones interculturales. Para Nevado (2013) la comunicación -lingüística y no lingüística- está condicionada por normas compartidas: según la situación comunicativa, el contexto y el interlocutor. Los interlocutores saben cómo dirigirse al otro, cuánto hablar, quién puede hablar, de qué y con quién (Davis, 2010). Y la cultura comunicativa determina la cantidad, la pertinencia, la veracidad y la claridad del mensaje (Nevado, 2013).

Por su parte, Carbajal considera que la asimetría en todos los sentidos produce “praxis médico institucional” que dificulta la comunicación efectiva. Ante la asimetría cognitiva y de manejo de información, el médico recurre al convencimiento retórico en lugar de “utilizar una descripción y explicación fiel de los procesos de la misma [de la enfermedad], de sus alternativas de solución y efectos colaterales” (Carbajal, 2012, p. 14). Aclara que aún, cuando el médico estuviera dispuesto de exponer al paciente apegado al principio médico-científico, es necesario un “proceso [de] educación y responsabilidad dialógica” que implica por parte de la institución darle respaldo “para que no ejerza presión alguna en tiempos

y protocolos engorrosos que dificultan o alargan la atención de la enfermedad” (Carbajal, 2012, p. 14).

Pero ese diálogo estaría limitado si no se cuenta con enlaces interculturales, o bien, con intérpretes-traductores indígenas profesionalizados, pues éste desarrolla habilidades lingüísticas e interculturales para comunicarse en la lengua ajena y la propia. Y es que “lenguaje significa también cultura y filosofía” (Gramsci, 2001 [Vol. 3], p. 34). La interpretación y la traducción de un idioma a otro, compromete asumir el riesgo que presupone ser partícipe de una cultura, que automáticamente se convierte en la pauta que orienta el rumbo del contraste entre-culturas e inter-locutores que influyen en la interpretación de la otra cultura. En dicha tarea no se repite el texto original, sino que se elabora una reinterpretación de lo dicho por el otro, mediada por la propia cultura y lo que sabe de *las* culturas por traducir. Llevado al campo de la salud, este enlace intercultural cruza dos lenguas, la materna (lengua indígena) y la extranjera (lengua castellano), pero hay una tercera lengua en juego que converge en los encuentros comunicativos en salud: la técnico médica. Cada palabra, cada lengua, cada cultura tiene límites que acortan el entendimiento porque responden al lugar de enunciación y a la visión del mundo de los hablantes.

El intérprete-traductor o el facilitador intercultural⁸ usarán sus habilidades para confluir saberes y prácticas médicas que no son más que lenguas y culturas distintas y distantes, reconociendo momentos oportunos para invitar a conversar con miras al entendimiento. Durante esos lapsos, aún cuando pueden ser cortos, unos y otros se transforman, porque en cada encuentro comunicativo intercultural “aprendemos a oír más y mejor; a reconocer nuevas posibilidades; a captar más nítidamente la pulsación que le confiere ‘interioridad’ [...] la significación es *un contenido que supera la paráfrasis*” (Steiner, 1980, p. 431).

Para el caso concreto de la salud, la traducción debe ser estructurada y apegada a la cultura médica y la cultura indígena, que por sí mismas

8 Nevado (2013) realiza una exhaustiva distinción entre el intérprete-traductor profesional y el mediador lingüístico y cultural (equiparable a lo que llamo facilitador intercultural). Su propuesta, con la cual coincido, es que se les incluya a ambos como parte de los equipos multidisciplinarios que trabajan dentro de las instancias médicas, además de incentivar la profesionalización lingüística y cultural con el objeto de reducir los malentendidos y disminuir el riesgo a la salud del paciente.

tienen diferentes concepciones, saberes y prácticas sobre la atención del embarazo. Si se considera que hay vocablos intraducibles de una lengua a otra y la marcada diferencia entre el lenguaje ordinario y el lenguaje técnico-médico, la traducción es una tarea compleja para el facilitador intercultural y el intérprete-traductor, figuras indispensables para crear espacios de comunicación intercultural dialógica.

Metodología

Se trata de un estudio etnográfico hospitalario en el que destaca la participación observante, al emplear el rol de facilitadora intercultural dentro de un nosocomio de tercer nivel localizado en el Área Metropolitana de Guadalajara, durante el período de enero a septiembre de 2016, con el objeto de entender el sentido de lo que dicen y hacen los interlocutores interculturales en los encuentros comunicativos ocurridos cuando la indígena embarazada, su familia y el personal médico coinciden en las distintas áreas el servicio de obstetricia con el mismo objetivo: cuidar la salud de la madre y del hijo.

Se participó activamente como facilitadora intercultural, es decir, bajo el rol de una colaboradora externa al equipo médico con disposición a resolver y facilitar procesos interculturales, burocráticos y asistenciales. De manera que en varios momentos coyunturales, la participación era claramente proactiva, debido a que era imposible mantenerse en el rol de observadora frente a situaciones en las que estaba en riesgo el bienestar de la embarazada indígena y el hijo que esperaba; colaborando para que unos y otros se entendieran a través del diálogo y, en consecuencia yo, como investigadora social, entendiera qué ocurría en esos encuentros comunicativos interculturales que sucedían en el escenario hospitalario. Esto suavizó la presencia de una investigadora social interesada en permear las fronteras disciplinares para comprender temas de salud, con la mirada puesta en las ciencias sociales, dentro de un espacio donde predomina el modelo biomédico y los factores socioculturales son claramente reducidos a anécdotas.

Durante el trabajo de campo se localizaron 15 indígenas embarazadas que cursaban distintas etapas del embarazo: ocho *purépechas*, cuatro *wixáritaari*, dos *nahuas* y una *hñähñu*. La unidad de análisis fueron los encuentros comunicativos en salud materna, entendidos como aquellos encuentros e interacciones comunicativas entre la indígena embarazada,

su familiar y el personal médico durante la atención del embarazo dentro de una instancia hospitalaria. Se empleó el enfoque dramático de Goffman para el análisis de la dimensión ritual y simbólica de la vida cotidiana dentro de instituciones totales, como es el caso de los hospitales donde metafóricamente se desarrollan puestas en escena en un “medio” o escenario dispuesto, para que los actores realicen una interpretación acorde a su “sí mismo” (Chihu y López, 2000; Goffman, 2012).

El resultado fue una tipología de nueve encuentros comunicativos interculturales en salud materna, ocurridos en distintos contextos hospitalarios, que inician con el nombre ficticio de la indígena protagonista de esa interacción comunicativa, seguido de un título, una breve descripción de la escena y su interpretación. Dicha tipología se estructura en un proceso que va de lo que he denominado, *comunicación intercultural funcional y comunicación intercultural dialógica*. Para el primer caso, la comunicación empata con los intereses de la institución hospitalaria y la medicina científica en voz del personal médico, enmarcada en la idea de respeto, tolerancia y derechos humanos. Se caracteriza sobre todo, por el paternalismo médico⁹ y el ejercicio de una medicina defensiva,¹⁰ que mantiene relaciones de poder asimétricas y jerárquicas al omitir asuntos estructurales como son las relaciones de poder de orden racial, de género y clase.

Mientras que la segunda, empata con la interculturalidad crítica (Walsh, 2005) y la comunicación con vocación dialógica (Corona, 2013), al asumir que el diálogo como praxis política, teje códigos y significados compartidos que cosechan entendimiento mutuo donde antes había silencio o imposición, cuando los interlocutores interculturales se muestran y descubren diversos y similares, dispuestos a escucharse y se permiten ser tocados por el otro para incluso cuestionar la propia visión del mundo. Es un proceso, herramienta y método que deshabilita los lugares de enunciación de dominación y los llamados discursos legítimos, con

9 El paternalismo médico se caracteriza por la relación de protección que asume el personal médico ante el paciente, indígena y no indígena, que es incapaz de tomar decisiones propias. El médico asume la toma de decisiones por estar cualificado.

10 La medicina defensiva se practica con el objetivo de evitar denuncias por mala práctica, para defenderse, el médico recaba firmas para el consentimiento informado la mayor de las veces sin informar ni explicar el procedimiento médico a profundidad, incluso sin presencia de un intérprete-traductor indígena o un facilitador intercultural en caso necesario, porque son figuras que puede o no haber dentro del hospital.

el objeto de con-vivir con el otro en el espacio hospitalario ejerciendo relaciones horizontales y equitativas en espacios de igualdad que transforman a los interlocutores y a la práctica médica institucionalizada.

El caso que se presenta, corresponde a uno de esos nueve encuentros comunicativos interculturales que se fue preparando durante distintos acercamientos de diálogo, a los que se sumaron el intérprete traductor indígena y una psicóloga clínica, con el fin de “poner en común”¹¹ el bienestar de la indígena embarazada y el hijo que esperaba.

Descripción del caso

AMELIA. La comunicación intercultural dialógica: del monólogo al diálogo interdisciplinario e intercultural.

Amelia cursaba la semana 34 de su octavo embarazo, cuando llegó en helicóptero al servicio de Urgencias Obstétricas del hospital, referida por el Sistema de Atención Médica de Urgencias (SAMU) de su comunidad. Subió a piso controlada la emergencia obstétrica que ponía en peligro su vida y la del hijo, una hemorragia vaginal por placenta previa.¹² Siendo monolingüe *wixárika* tuvo problemas para comunicarse con el personal sanitario y médico. En ese tiempo no había intérprete-traductor *wixárika*, la Secretaría de Salud Jalisco (SSJ) los había “descansado” hasta nuevo aviso. Al hospital arribó sin familiares. Su mayor preocupación era, como regresar al rancho cuando saliera del hospital. Pensaba que su esposo nunca la encontraría.

El día de la emergencia obstétrica, Laureano y Jacinto, hijo mayor de ambos, no estaban en el rancho, habían ido a otro sitio convocados a una reunión para tratar temas de la comunidad. Enterados de lo sucedido, consiguieron algo de dinero para el viaje. Tardaron dos días en llegar, una parte la hicieron caminando, otra en *raite* y una más en camión.

11 La palabra comunicación deriva del vocablo latino *communicare* que significa “poner en común” o “compartir algo” con otros grupos o personas que viven y participan en el mismo espacio público, a pesar de la diversidad de sus intereses. La comunicación por sí sola -sin adjetivo- tiene vocación intercultural al “poner en común los significados para crear comunidad” (Corona, 2013, p. 25).

12 La placenta previa ocurre cuando ésta obstruye de forma parcial o completa el cuello uterino, provocando sangrado durante el embarazo o parto que pone en riesgo la vida de la madre. Es recomendable evitar esfuerzo físico o cualquier otra actividad que pueda provocar contracciones o aumento de riesgo de tener sangrado. Se decide por cesárea cuando la placenta no se revierte

Jacinto siendo menor de edad, nunca ingresó al hospital a ver a su madre y regresó a la comunidad para retornar a sus clases en el bachillerato. A Laureano le negaron el pase de 24 horas, argumentando que por ser hombre no podía estar en un piso de ginecobstetricia. Por lo que Amelia recibía a su esposo sólo a la hora de visita. Durante el día no hablaba con nadie, “sólo miraba a su alrededor” -comentó una enfermera. La primera vez que me acerqué, tampoco quiso conversar conmigo, respondió que no hablaba español y que buscara a su esposo que era bilingüe. Cuando coincidimos, me presenté con Laureano y expliqué mis intenciones, permitir que los acompañara como facilitadora intercultural que realiza una investigación para conocer más sobre la comunicación entre personas de distintas culturas en el hospital. Le pedí conversar con su esposa para compartirle mi interés y solicitar su permiso para acompañarla durante el día. Y así inicio la facilitación intercultural.

Recurrí a la costura para generar confianza. A los días, los tres bordábamos una sábana para el hijo de Amelia. Esta actividad cercana al modo de vida de Amelia y Laureano, detonó muchas conversaciones que permitió conocernos.¹³ Si bien Amelia no hablaba fluidamente el español, si comprendía preguntas básicas y cerradas, y se expresaba a través de frases simples. Primero platicamos sobre patrones de bordado y colores de hilaza, después de nuestras familias y, finalmente, de los temores y dudas que tenía sobre su estado de salud. Bordar, también llamó la atención del personal sanitario, que se acercaba a nosotros para observar y preguntar sobre su bordado.

Durante un pase de visita médico, coincidí con la médica adscrita y los residentes, me presenté como facilitadora intercultural externa e investigadora social, intercambiamos inquietudes sobre el proyecto y el caso. La residente comentó que en varias ocasiones había explicado a Amelia que su “placenta estaba abajo y que en cualquier momento podía sangrar”, que “su hijo no podía nacer por abajo [vía vaginal] sino que debían realizarle cesárea”. Cuando coincidía con Laureano hacía lo propio para que él explicase a Amelia, suponía que no comprendía, pues insistentemente preguntaba cuándo podían regresar a casa. Confirmé su sospecha.

13 Quien haya realizado etnografía comprenderá muy bien a lo que me refiero, pues en más de algún momento, los investigadores e investigadoras somos observados y cuestionados por los investigados.

Comuniqué las dudas que Amelia y Laureano habían compartido conmigo y el equipo médico me las resolvió. Hablé de ella y su familia. Por ejemplo, comenté que todos los hijos e hijas de Amelia habían nacido en casa, asistida por algún familiar, su esposo o ella misma.¹⁴ Que el último hijo había nacido prematuramente en casa y había fallecido, por lo que Amelia temía perder a otro hijo. Que llevaba control prenatal en el Centro de Salud de la Comunidad, donde la referencian al hospital de tercer nivel por el sangrado vaginal. Y que antes de todo eso, había consultado al *mara'akame* por la misma razón, comentándole que se trataba de una brujería por parte de otro *mara'akame*, debido a que Laureano se negó a “prestarle” una res y que tras esa curación, el sangrado había parado hasta el día de la emergencia.¹⁵

Para la médica adscrita la falta de entendimiento debido al idioma, era la mayor preocupación para el equipo médico. El expediente clínico tenía notas que dejaban ver el problema del que hablaba: “...paciente poco colaboradora, con dificultad para la comunicación...”, “...interrogatorio directo difícil ya que no habla español, no se encuentra ningún familiar con ella...”. Llegado el momento que medicamente se había considerado, se procedería con una cesárea. Amelia tenía varias semanas internada, el equipo médico temía que estuviesen cansados de estar en el hospital y quisieran regresar a la Sierra, pero en el traslado hubiera nuevamente sangrado, lo que significaría poner en riesgo a ella y al hijo. Para la médica adscrita, era de suma importancia que Amelia y Laureano comprendieran el estado de su salud y el tratamiento médico.

14 La figura del partero o partera, tal como se conoce en otros pueblos indígenas, no existe para los *wixáritari*. Se recurre al curandero o *mara'akame* cuando la embarazada tiene algún problema; de ser así, seguirá haciendo seguimiento para vigilar la salud de la indígena y de su hijo, pedirá algunas ceremonias y entrega de ofrendas para las deidades en sitios sagrados. Para el parto, será llamado para aplicar una limpia o acomodar al niño, pero la atención de la parturienta es parte de la medicina doméstica.

15 Retomé este tema en otras ocasiones con Amelia y Laureano. No hubo oportunidad de plantearlo hacia el personal sanitario en conversaciones similares a lo ocurrido en este encuentro comunicativo, porque el interés principal era el término del embarazo con el menor riesgo físico. Sin embargo, si lo mencioné en posteriores conversaciones informales que mantuve con miembros del equipo médico, sin conseguir más, es decir, sin que ellos preguntaran más. Lo que interpreto como parte de la constitución de la formación médica en términos de una orientación predominantemente biologicista y científicista, que subordina otros niveles explicativos, entre ellos el sociocultural (Menéndez, 1988).

Entonces, se acordó una reunión con ellos para conversar y exponer las dudas. La médica adscrita invitaría a la psicóloga que brinda acompañamiento emocional a las embarazadas. Antes de despedirnos, me pidió explicar a Amelia y a su esposo el estado de salud y el procedimiento médico que le realizarían, para que en reunión, se expusieran sus inquietudes. Gracias a la información y orientación otorgada por el equipo médico y a la búsqueda de información por mi cuenta, empleé dibujos y palabras simples para exponer el embarazo en semanas, el porqué de la hospitalización, el tratamiento indicado, en qué semana se realizaría la cesárea y porqué no podía ser antes. Indagué sobre operarse para no tener más hijos, tratando de adelantarme a algo que sabía que los médicos preguntarían. Laureano y ella hablaron en su lengua, ella estaba de acuerdo, no quería pasar por lo mismo.

Afortunadamente, la renovación del contrato del intérprete-traductor indígena *wixárika* ocurrió en los días subsecuentes de la conversación con el equipo médico y previo al día acordado para la reunión. Por lo que él también participó en la reunión. Era hora de visita cuando el intérprete-traductor y yo nos acercamos a la cama de Amelia para saludar. Laureano y el intérprete-traductor ya se conocían, habían conversado un par de ocasiones fuera del hospital. Luego, entramos a un consultorio con la médica adscrita y la psicóloga, platicaron sobre su vestimenta y el significado de las imágenes de su pulsera de chaquira. La médica se refirió a él como el “puente de comunicación” entre su equipo, Amelia y su esposo. Le explicó detalladamente el estado de salud de Amelia, usando un dibujo en el que plasmó la ubicación de la placenta por debajo del útero. Le habló de la cesárea programada en la semana 36 o 37 de embarazo, cuando su hijo alcanzase la madurez pulmonar, asimismo el procedimiento médico-administrativo que se debía seguir,¹⁶ enfatizó la posibilidad de una cesárea de urgencia si el sangrado aumentaba, la inquietud que quisieran retornar a la Sierra y los riesgos de otro embarazo. Por mi parte, compartí el temor de Amelia de perder a este hijo por su experiencia previa. El intérprete-traductor señaló que debíamos darle “positividad” a Amelia. Empero, la médica fue clara, “no podía asegurar nada” porque

16 Esperar que hubiese espacio disponible para ella en tococirugía y espacio para su hijo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, además de conseguir varias unidades de sangre por si se requería.

podría ocurrir cualquier cosa. Si pidió acentuar que el equipo médico haría todo lo posible para que ella y su hijo estuvieran bien, “pero es Dios el que decide”.

Llegado a acuerdos, fuimos con Amelia. La médica pidió al intérprete preguntar si sabía porqué estaba en el hospital. Ellos hablaron en su lengua, luego dijo en español: “por su salud”. Pidió explicar a Amelia y Laureano que su hijo nacería por cesárea en dos semanas, que era “peligroso para ella y su hijo” moverse del hospital. Ofreció la opción de darla de alta si el sangrado paraba, pero debían quedarse en la ciudad hasta el nacimiento de su hijo, o bien, permanecer en el hospital. También le solicitó preguntar a Amelia si deseaba operarse para no tener más hijos, explicando que si hubiese otro embarazo podría ocurrir “algo más grave”. Hablaron en su lengua, hablaron mucho, incluso Amelia. Los demás esperamos. Compartió que en el Centro de Salud le habían ofrecido esa cirugía, pero no quiso porque tenía miedo, ahora sabe los riesgos de otro embarazo y consentía los procedimientos médicos una vez que entendió los riesgos y beneficios.

Después de informar y resolver las dudas médicas intervino la psicóloga con el apoyo del intérprete-traductor indígena. La médica acercó a su residente: “ven para que veas la parte humana de la medicina”. Amelia estaba inquieta por el resto de sus hijos e hijas. Facilité notas tomadas sobre el nombre y edad de cada hijo e hija que detonaron la conversación entre la psicóloga y Amelia, a través del intérprete traductor indígena.

Antes de marcharnos, la médico pidió escribir la palabra *wixárika* en un trozo de papel, para que los residentes lo anotaran en el expediente clínico. Había quedado claro que para todos y todas, lo importante era cuidar de ella y de su hijo. De ahí en adelante tanto el intérprete-traductor indígena y yo, como investigadora social en el rol de facilitadora intercultural, trabajamos en equipo con el personal médico,¹⁷ hasta que Amelia y su hijo fueron dados de alta. Finalmente, unos días antes del

17 La psicóloga me consultó en otras ocasiones, en una de ellas, quería saber sobre el síndrome cultural *maxaxiya* o enfermedad del venado, pues había un menor *wixárika* hospitalizado y sus padres comentaron esa enfermedad. Estaba interesada en comprender más sobre ese padecimiento para intervenir. El resto del personal médico no mostró interés sobre la influencia de lo cultural en la salud, concretamente cuando comparto que Amelia y Laureano le atribuyen al sangrado vaginal una explicación no sólo biológica, nunca dijeron no creer a la explicación médica, sino también cultural.

alta de Amelia, un residente escribió en el expediente clínico que el “Comité de Ayuda a Indígenas” había enviado a un “traductor”.

Conclusiones

Lo sucedido en este encuentro comunicativo intercultural se compuso de varios momentos que prepararon un espacio horizontal y dialógico, al que se invita a otros interlocutores tras reconocer la incompletud desde cada lugar de enunciación. La facilitación intercultural significó establecer conversaciones que de forma circular se conectaron con otros momentos e interlocutores, en términos de inter-culturalidad e inter-disciplinariedad, lo que permitió no fragmentar a la embarazada indígena en la unidad mínima de cuerpo.

Bajo los principios éticos de beneficencia y no maleficencia,¹⁸ para el hospital y el personal médico simplemente hubiera bastado la firma del consentimiento informado, por el tema legal y administrativo, sin importar que Amelia o Laureano comprendieran lo que implicaba el diagnóstico y el tratamiento.

Concretamente la colaboración del intérprete-traductor indígena con el equipo médico, marcó una diferencia en el entendimiento, la negociación y la doble satisfacción, de la indígena/familia y del personal médico. En términos prácticos propiciar la *hospitalidad* y no la *hostilidad* en los hospitales públicos, aún cuando ocurra en pequeños momentos, trastoca lo institucionalizado. Esas mujeres irán a la comunidad contando el trato recibido y los beneficios de la medicina científica en embarazos de alto riesgo, volviendo amigable aquello que de lejos y desde fuera, es percibido como temible. Por otro lado, el personal médico sabrá que la indígena y su familia tienen agencia social cuando se trata de su vida y de su cuerpo, es decir, tienen mucho que contar y quieren ser escuchados en lo que respecta a su salud, porque además es su derecho.

Sin guías que contengan instrucciones sobre los pasos a seguir en un encuentro intercultural en salud materna, experiencias como ésta aportan elementos claves para reflexionar la postura del facilitador intercultural como estrategia metodológica y puente intercultural, sino también

¹⁸ El principio bioético de no-maleficencia consiste en prevenir y no infringir daño intencionalmente, tras la revisión de riesgos-beneficios en la toma de decisiones del equipo médico.

para poner en práctica procesos dialógicos que transformen las relaciones sociales y crear nuevas formas sostenibles y viables, que se arraiguen en la estructura institucional y la práctica médica.

Por un lado, se observa que el seguimiento y acompañamiento otorgado por la facilitación intercultural, propició y preparó un espacio horizontal para el diálogo respetuoso a partir de conversaciones informales que visibilizaron las necesidades propias y ajenas. La presencia activa del intérprete-traductor indígena, *punteo intercultural* entre los diversos, fue central en la comunicación intercultural, porque hasta ese momento se crearon condiciones para escuchar a Amelia y Laureano e integrar sus expectativas y necesidades en la toma de decisiones. Antes de ese encuentro, los pases de visita médica eran monólogos funcionales para los médicos y la institución, en consecuencia, suficientes para continuar con el plan médico y para la institución. Pero no para el entendimiento de Amelia y Laureano.

En este encuentro intercultural, una práctica médica con enfoque interdisciplinario e intercultural ocupada de la embarazada indígena de manera integral, pone en entredicho la normatividad y las prácticas de la institución sanitaria, incluso la formación médica biologicista, al mostrar que es posible pensar, “conversar” y actuar de modo distinto a lo que dicta el proceso vertical, autoritario, burocratizado y monocultural que se reproduce diariamente en la práctica médica institucional. Sin prisas para que el encuentro terminase o se diera en los “tiempos” administrativos, que muchas ocasiones no coinciden con el “tiempo” experimentado por la embarazada y su familia,¹⁹ el encuentro comunicativo intercultural no fue forzado. Apresurar el encuentro hubiera entorpecido el diálogo y el encuentro intercultural. Que Amelia estuviese por varias semanas en hospitalización favoreció diversos acercamientos dialógicos previos entre los distintos interlocutores, incluidos la facilitadora intercultural y el intérprete-traductor *wixárika*.

19 Otra temporalidad que contrasta es el modo en cómo los médicos y la embarazada, indígena o no, perciben el embarazo. Mientras que Amelia y yo hablábamos de “meses de embarazo”, los médicos discurrían sobre “semanas de gestación” que aporta información estructurada sobre el desarrollo gestacional del bebé dentro del útero y calcular fecha probable de parto. De hecho, fue a través del caso de Amelia como comprendí el número de semanas de un “embarazo normal” y los riesgos de un parto antes de la semana 37. Esto pude usarlo para otros casos, al punto que comencé a pensar en semanas de embarazo y no en meses.

Reflexiones finales

En los hospitales públicos, los interlocutores interculturales confluyen para procurar el bienestar de la embarazada en sus diversos sentidos, el científico y el indígena, aunque los médicos ignoren o marginen lo segundo. Intérprete-traductor indígena y facilitador intercultural propician la comunicación intercultural dialógica en salud para producir entendimiento mutuo que idóneamente debería significar, el establecimiento de un diagnóstico intercultural, comprensión a las indicaciones médicas, adhesión al tratamiento, asimismo confianza en el personal sanitario y el hospital. Porque lo que está en juego es la salud de la embarazada y su hijo. La complementariedad entre saberes y prácticas médicas indígenas y científicas aún está lejos,²⁰ a la par deben sortearse problemas estructurales, sin embargo, el diálogo en el espacio microsocioal al promover la participación de grupos y culturas subalternas permite que éste se ancle en la vida cotidiana y trascienda a un proceso de cambio que transforme a los interlocutores.

La intervención de la facilitación intercultural fue esencial en la identificación y reconocimiento de la no comunicación por barreras lingüísticas entre el personal médico y Amelia, así como el trabajo colaborativo con el intérprete-traductor. A partir de ahí se transitó del monolingüismo al dialogismo en términos interculturales e interdisciplinarios.

Ese breve, pero potente *encuentro comunicativo intercultural*, desbarató las relaciones asimétricas y de poder al menos por instantes: entre disciplinas médicas y no médicas que se reconocen incompletas, entre la relación paternalista médico-paciente u occidental/indígena: médico-paciente.

Para Amelia todo cambió a partir de la facilitación intercultural, la interpretación del intérprete-traductor indígena y la necesidad expresada por parte del personal médico de que ella entendiese qué le sucedía y lo que había que hacer para su bienestar. Con o sin facilitación intercultural e interpretación el plan médico no cambió por obvias razones, la

20 Duarte (2003) identifica tres niveles de complementariedad: 1. Como política pública, 2. Como proyecto organizacional institucional (hospitales interculturales) y, 3. Como elección individual del paciente o médico o de ambos. Siendo esta última la más común, al ocurrir de manera independiente de lo que considere el médico científico o la institución.

diferencia es que, sin la intervención de aquéllos, ese caso sería uno más de monolingüismo e imposición de voz por la barrera lingüística.

Finalmente, para comprender lo que sucede en los encuentros comunicativos intercultural en salud materna, es necesario identificar componentes como: la condición de monolingüismo o bilingüismo de la indígena embarazada y su familia, el tema o asunto a discutir, los interlocutores (embarazada/familiar, médico, facilitador intercultural, intérprete traductor indígena) y el lugar donde se desarrolla. Y comprenderlos dentro de un proceso que va de la *comunicación intercultural funcional* a la *comunicación intercultural dialógica*, la primera coincide con las necesidades hospitalarias y la medicina científica, mientras que la segunda empata con el diálogo como *praxis* política que entreteje significados y entendimiento mutuo donde antes había silencio o imposición.

Referencias

- Albó, X. (2004). Interculturalidad y salud. En: Fernández, G. (coord.) *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Ecuador: Abya Yala.
- Alarcón, A. y Nahuelcheo, Y. (2008). Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas. *Chungara, Revista de Antropología Chilena*, 40 (2), 193-202.
- Almaguer, J., Vargas, V. y García, H. (2014). "Interculturalidad y salud". En: Almaguer, A., Vargas, V. y García, H. (coord.). *Interculturalidad en Salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. México: Biblioteca Mexicana del Conocimiento.
- Arendt, H. (1997). ¿Qué es política? Barcelona: Ediciones Paidós.
- Arrizabalaga, J. (2000). Cultura e historia de la enfermedad. En: E. Perdiguero y J. Comelles (Eds.). *Medicina y cultura. Estudios entre la entropología y la medicina*. España: Ediciones bellaterra.

- Bajtín, M. (2000). "La cultura. Nosotros y los otros". *Yo también soy. (Fragmentos sobre el otro)*. México: Editorial Taurus.
- Barsky, A. (1988). The paradox of health. *The New England Journal of Medicine*, 318 (7), 414-418.
- Bautista, E. y López, O. (2017). Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de estado. Dispositivos biopolíticos en salud. *Salud Problema*, 11 (21), 28-53.
- Blázquez, M. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *AI BR. Revista de Antropología Iberoamericana*, julio-agosto, (042), 1-25.
- Botteri, E. y Bochar, J. (2019). Saberes que conectan con el poder durante el parto: la partería tradicional en Morelos (México). *Alteridades*, 29 (57), 125-135.
- Carbajal, A. (2012). *Análisis del discurso médico: la argumentación en la consulta pública*. México: UdeG.
- Casillas, A. (1990). *Nosología mítica de un pueblo. Medicina tradicional huichola*. México: UdeG.
- 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: Autor.
- Corraliza, J. y Gilmartín, M. (1996). "Psicología Social Ambiental. Ideas y contextos de intervención". En: J. Álvaro, A. Garrido y J. Torregrosa. (Coords.). *Psicología Social Aplicada*. España: McGraw-Hill.
- Corona, S. *y otras voces* (2007). *Entre voces...fragmentos de educación "entrecultural"*. México: UdeG.
- (2012). "Construir metodologías horizontales. Experiencias dialógicas con jóvenes wixáritari". En: S. Corona y O. Kaltmeier. *En diálogo: Metodologías horizontales y ciencias sociales y culturales*. Barcelona: Gedisa.
- (2013). "La comunicación y su vocación intercultural". En: Cornejo y Guadarrama (coord.). *Culturas en comunicación. Entre la vocación intercultural y las tecnologías de información*. México: Productora de Contenidos Culturales Sagahón Repoll.

- Chihu, A. y López, A. (2000). El enfoque dramático en Erving Goffman. *Polis. Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*, (00), pp. 239-255.
- Davis, F. (2010). *La comunicación no verbal*. Madrid: FGS.
- Domínguez, F. (2013). *La comunidad transgredida. Los zoques de Guadalajara*. México: UACI y La Casa del Mago.
- Duarte, B. (2003). Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. *Cad. Saúde Pública*, 19 (2), 635-643.
- Flores, C. y Rodríguez, A. (2006). Saberes de mujeres zapotecas serranas en el embarazo y parto. Cambios y resignificación de prácticas en el contexto nacional. Ponencia presentada en la VIII Conferencia Internacional Antropología 2006. Instituto Cubano de Antropología, La Habana.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2014). *El estado de las parteras en el mundo 2014. Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer*. UNFPA/ International Confederation of Midwives/ World Health Organization
- Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWMy2014_complete-Spanish.pdf
- Freyermuth, M. y Luna, M. (2014). Muerte materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud. *Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 5 (3), 44-61.
- Freyermuth, M. (Coord.) (2015). *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 Mortalidad Materna en México/ CIESAS.
- Gallardo, J. (2002). *Medicina tradicional P'urhépecha. Tsinapekua tuá ka iasí anapu*. México: Colegio de Michoacán e Instituto Michoacano de Cultura.

- García-Jordá, D. y Díaz-Bernal, Z. (2010). Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36 (4), 330-336.
- Goffman, E. (2012). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Argentina.
- Gramsci, A. (2001). *Cuadernos de la cárcel: el materialismo histórico y la filosofía de Benedetto Croce*. Vol. 3. México: Ediciones Casa Juan Pablos.
- Grimson, A. (2001). *Interculturalidad y comunicación*. Colombia: Grupo editorial Norma.
- Hautecoeur, M., Zunzunegui, M. y Vissandjee, B. (2007). Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud Pública de México*, 49 (2), 86-93.
- Irwing, S. y Jordan, B. (1987). Knowledge, practice, and power: court-ordered cesarean sections. *Medical anthropology Quarterly*, 3 (1), 319-334.
- Laureano-Eugenio, J., Mejía Mendoza, M., Villaseñor-Farías, M. y Gil-Hernández, E. (2014). Experiencia de trabajo con parteras en Jalisco. *Salud Pública de México*, 56 (6).
- Mendoza, Z. (1997). Enfermedad ¿para quién?. El saber popular entre los triquis. *Nueva Antropología*, 16 (53), 117-139.
- Menéndez, E. (1983). “Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales”. En: Menéndez, E. (ed.). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autogestión (gestión) en salud*. México: CIESAS.
- (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4 (7), 77-83.
- (2006). “Interculturalidad, ‘diferencias’ y antropología at home”. En: Fernández, G. (Coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Ecuador: Abya Yala.
- (1998). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1998 30 de abril al 7 de mayo.

- Buenos Aires, pp. 451-464. Menéndez, Eduardo. (1998). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1998 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires, pp. 451-464.
- Montes, M. (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Tesis doctoral en Antropología Social y Cultural, Universitat Rovira I Virgili, Tarragona [En línea].
- Nevado, A. (2013). *La comunicación intercultural en el ámbito de la salud reproductiva. Propuesta de mejora desde la interpretación en los servicios públicos y la mediación lingüística y cultural. Estudio de caso de un hospital aragonés*. Tesis doctoral. Universidad Jaume I, España [En línea].
- (2014). Barreras lingüísticas y culturales que dificultan la comunicación intercultural en el ámbito de la salud reproductiva. *Panace@*, 15 (40), 278-289.
- Nogueira, B. (2019). *Ciencias médicas cuerpo a cuerpo: las parteras de presidio de Los Reyes, Nayarit, México*. Tesis no publicada para obtener el grado de Doctora en Ciencias Sociales, Centro Universitario de Ciencias Sociales, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.
- Prado, X. (1984). Embarazo y parto en la medicina del área tradicional p'urhépecha. *Relaciones, Estudios de Historia y Sociedad*, (20), 113-120
- Pulido, Y. (2016). 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. *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, 1 (7), 127-145.
- Restrepo, E. (2014). Interculturalidad en cuestión: cerramientos y potencialidades. *Ámbito de encuentros*, 7 (1), 9-30.
- Santos, S. & Verdín, K (2011). Health care provision in a huichol community in Mexico: an issue of intercultural Communication. *Jornal of Intercultural Communication*, 26.

- Steiner, G. (1980). "El desplazamiento hermenéutico".
Después de Babel. Aspectos del lenguaje y la traducción.
México: Fondo de Cultura Económica.
- Villarreal, I. y Rivera, W. (2005). Experiencia de la labor
médico-asistencial en la Sierra Huichola de Jalisco.
Dermatología Rev Mex, 49 (2), 84-90.
- Walsh, C. (2005). *Interculturalidad en la educación*. Lima:
Ministerio de Perú/UNICEF.
- (2010). Interculturalidad crítica y educación
intercultural. En Viaña, J., Tapia, L. y Walsh, C.
Construyendo Interculturalidad Crítica. Bolivia: Instituto
Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello.