



ALTERIDADES

Alteridades

ISSN: 0188-7017

ISSN: 2448-850X

Universidad Autónoma Metropolitana, División de Ciencias
Sociales y Humanidades

Montesi, Laura

Representaciones estereotipadas de la etnicidad en un
hospital rural oaxaqueño: barreras a la salud intercultural*

Alteridades, vol. 33, núm. 65, 2023, Enero-Junio, pp. 111-122

Universidad Autónoma Metropolitana, División de Ciencias Sociales y Humanidades

DOI: <https://doi.org/10.24275/uam/izt/dcsh/alteridades/2023v33n65/Montesi>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74776144010>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

UAM redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Representaciones estereotipadas de la etnicidad en un hospital rural oaxaqueño: barreras a la salud intercultural*

Stereotyped representations of ethnicity in a Oaxacan rural hospital: barriers to intercultural health

LAURA MONTESI**

Abstract

This article explores the knowledge that the personnel of a rural hospital in Oaxaca has of intercultural health and the ways in which they represent ethnicity. Based on semi-structured interviews with ten workers who interacted with indigenous language speaker patients, the article shows that the staff appreciated intercultural health but lacked a solid training in this area. Their representations of ethnicity emphasized negative cultural traits related to stereotypical ideas of what “being indigenous” means. Due to methodological limitations, the healthcare personnel’s practices towards their beneficiaries could not be observed so there are no findings on how representations may have influenced their conduct. The value of this investigation lies in its documentation of the contradictions and hardships of applying principles of interculturality in the health sector and the unveiling of cultural barriers which hinder positive interculturality as evidenced by the recurrent representations of indigenous health as defective and of indigenous people as ignorant, vulnerable, or stubborn.

Key words: social representations, indigenous health, health personnel, health systems, interculturality

Resumen

Este artículo explora el conocimiento que personal sanitario de un hospital rural en Oaxaca tiene del enfoque intercultural en salud e identifica sus representaciones de la etnicidad. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a diez trabajadores que interactuaban con pacientes hablantes de lenguas indígenas, y se encontró que el personal aprecia la salud intercultural, pero no cuenta con una sólida capacitación en este ámbito, además de que sus representaciones de la etnicidad enfatizan rasgos culturales negativos relacionados con ideas estereotipadas de lo que significa “ser indígena”. No se pudo observar las prácticas del personal sanitario hacia las/os usuarios y, por ello, no se tienen hallazgos sobre cómo las representaciones influyen en las conductas. Esta investigación contribuye a documentar las contradicciones y dificultades de la interculturalidad en el sector salud y se descubrió que hay barreras culturales que obstaculizan la interculturalidad positiva, pues de manera recurrente en el medio hospitalario quedan en evidencia representaciones de la salud indígena como defectuosa y de las personas indígenas como ignorantes, vulnerables u obstinadas.

Palabras clave: representaciones sociales, salud indígena, personal de salud, sistemas de salud, interculturalidad

* Artículo recibido el 30/03/22 y aceptado el 15/06/22. Esta investigación forma parte del Proyecto Cátedras Conacyt 771 “Salud de los pueblos indígenas en México, 2010-2025: Desde las enfermedades del rezago a las emergentes. Un enfoque multidisciplinario”, coordinado por la doctora Paola M. Sesia, del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Pacífico Sur.

** Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Pacífico Sur. Sierra Nevada 347, Loma Linda, 68024 Oaxaca de Juárez, Oaxaca, México <lmontesi@conacyt.mx>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8916-6776>. Agra-

Introducción

En México, la interculturalidad en salud, ya sea como enfoque, política de Estado o campo epistémico, tiene una larga trayectoria que se remonta al menos a las décadas de 1930 y 1940, cuando se fundaron las facultades de medicina y se formaron las políticas indigenistas¹ como parte de una estrategia nacional dirigida a resolver el entonces así dicho “problema indígena”, incluidos los apremiantes problemas de salud en las zonas rurales e indígenas (véase Campos-Navarro, 2016). Para Aguirre Beltrán (1955), pionero del enfoque intercultural en salud, la biomedicina no sólo tenía que llegar físicamente a las poblaciones indígenas, mediante la extensión de la red de servicios médicos a cuantas más regiones remotas, sino también culturalmente. Esto significaba fomentar la participación social en la salud y mejorar la comunicación entre los actores biomédicos y los legos, para que las estrategias de salud pública fueran susceptibles de ser acogidas por los indígenas.

Los enfoques interculturales se desarrollaron y consolidaron sobre todo en la década de 1970, en respuesta a las demandas y reivindicaciones de los grupos étnicos (Eroza-Solana y Carrasco-Gómez, 2020: 113), empero su implementación terminó estando dominada por los intereses estatales, y en gran medida los grupos étnicos siguieron excluidos de su diseño, organización y ejecución (Menéndez, 2016a: 111). Los críticos de la salud intercultural impulsada por el Estado argumentan que ésta tiene un trasfondo asimilacionista y colonial, tiende a centrarse en las diferencias culturales en vez de en los desequilibrios de poder (Ramírez Hita, 2014) y, a pesar de los intentos de integración, está comprometida con el fortalecimiento de la biomedicina, lo que menoscaba la importancia de los sistemas de salud indígenas. Aunque las instituciones de salud mexicanas han enfrentado de manera diversa estas críticas, la mayoría de los programas de salud con enfoque intercultural siguen adoleciendo de problemas graves, como la exotización de los usuarios indígenas, la exclusión de las experiencias indígenas de gestión autónoma de la salud y el ocultamiento de las relaciones históricas de subordinación económica y política entre los pueblos originarios y el Estado-nación (Paulo Maya y Cruz Sánchez, 2018: 382).

Xavier Albó (1999: 325-331) ha teorizado la interculturalidad como un fenómeno relacional que se da entre personas o grupos pertenecientes a diversas culturas y que presenta diversos grados de complejidad y una amplia variedad de actitudes. Éstas se concretan en las relaciones interpersonales (lo microsocio) y en las institucionales (lo macrosocio) y pueden abarcar desde la voluntad de destrucción de una parte hasta el mutuo entendimiento y enriquecimiento, pasando por la tolerancia (1999: 328-329). En este sentido, Albó advierte que la interculturalidad puede ser negativa y positiva.

Tomo por buena la definición de Albó, y en este artículo me concentro en las representaciones de la etnicidad que maneja el personal de salud de un hospital rural de Oaxaca, argumentando que estas representaciones de “lo indígena” develan algunas contradicciones y dificultades de la interculturalidad en el sector salud. Primero muestro hasta qué punto el personal de salud está familiarizado con el enfoque intercultural de su propia institución y luego las formas en que percibe, identifica y representa a las y los usuarios indígenas, así como el modo en que asigna la etnicidad tanto a sí mismo como a sus pacientes. El estudio revela que en el medio hospitalario son comunes las representaciones de la salud indígena como intrínsecamente defectuosa y de las personas indígenas como ignorantes, vulnerables u obstinadas, lo cual interpela la dimensión colectiva de las representaciones de la etnicidad.

Con base en Moscovici (1976), Abric define las representaciones sociales como “construcciones sociocognitivas” (2001: 14) u “organizaci[ones] significante[s]” (2001: 13) donde confluyen sujeto y objeto y a través de las cuales individuos y grupos –inmersos en contextos sociales específicos– interpretan activamente la realidad y se relacionan con ella (2001: 13). Las representaciones sociales funcionan como sistemas heurísticos, axiológicos y praxiológicos; es decir, orientan las percepciones, interpretaciones, juicios y actuaciones con relación a una situación social (Abric, 2001: 14). La investigación que sustenta este artículo, por varias limitaciones metodológicas (sobre las cuales reflexionaré en la sección metodológica y en las conclusiones), se centró en las representaciones de la etnicidad, sin poder ahondar en las prácticas del

dezo al Conacyt, al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por autorizar el acceso a uno de sus hospitales, al personal de salud que participó en el estudio, y a las/os revisoras/es anónimas/os de la revista.

¹ De la Peña (2005: 719) define el indigenismo como “el conjunto de discursos, categorizaciones, reglas, estrategias y acciones oficiales que tienen el propósito expreso de crear una dominación estatal sobre los grupos designados como indígenas, así como de inculcarles un sentido de lealtad nacional, pero que también han creado un nicho institucional para que estos grupos promuevan sus propias agendas y avancen en sus demandas de ciudadanía”.

personal de salud hacia las y los usuarios indígenas. Aun así, es relevante destacar que representaciones y prácticas se constituyen mutua y dinámicamente (Abric, 2001: 110). En este texto, a pesar de sus limitaciones, se argumenta que el estudio de las representaciones sociales permite apreciar que “‘cultura’ y ‘estructura’ están mutuamente implicadas” (Metzl y Hansen, 2014: 128), y que fungen además como puentes entre micro- y macrointerculturalidad. Cuando las representaciones de la etnicidad se fundamentan en estereotipos contribuyen –aunque sea de modo involuntario– a disminuir la otra parte (interculturalidad negativa), y así se obstaculiza la atención médica basada en la calidad y la calidez. Esto es en particular apremiante en el caso de sectores poblacionales que históricamente han tenido importantes problemas de acceso, cobertura y calidad de la atención. Nos lo recuerdan, por ejemplo, Juárez-Ramírez *et al.* (2014), quienes han ilustrado que las desigualdades en salud que sufren las personas indígenas en México están en parte asociadas con el hecho de que los servicios carecen de un adecuado enfoque intercultural, resultado, entre otras cosas, de la poca capacitación que reciben los trabajadores de la salud (2014: 287). En tiempos más recientes, varios estudios han subrayado que el sistema de salud mexicano se basa en un principio de universalidad que lo lleva a ignorar las especificidades culturales y sociales (Lerin Piñón, Juárez y Reartes, 2015: 39); que las ideologías discriminatorias, racistas y clasistas, son parte del sistema de salud (Meneses Navarro *et al.*, 2020); y que esta situación puede contribuir a diversas formas de violencia física y simbólica, como ponen de manifiesto los frecuentes casos de violencia obstétrica contra mujeres indígenas en hospitales y centros médicos públicos (Sesia, 2020; Vega, 2017). Estas evidencias resaltan que la interculturalidad en el nivel estructural y en el nivel personal constituyen “dos perspectivas simultáneas y complementarias” (Albó, 1999: 333).

Los testimonios (nivel personal) aquí recolectados son de trabajadores del programa IMSS-Bienestar, heredero del IMSS-Coplamar, un programa de salud (nivel estructural) creado en 1979 para extender y mejorar los servicios médicos en zonas marginadas del país, y que atiende a poblaciones sin seguridad social, a menudo con un gran componente indígena. Su estatuto establece que este programa debe trabajar con un enfoque intercultural, definido como:

Práctica y proceso de relación que se establece entre personal de salud (médicos, enfermeras, administración, etc.) y los pacientes (y sus familiares), en el que las partes pertenecen a culturas diferentes y se requiere de un *enten-*

dimiento recíproco y respetuoso para que los resultados del contacto (consulta, intervención, orientación) sean satisfactorios para ambas. Implica aspectos de mediación social, negociación, adecuación y resolución de conflictos [Diario Oficial de la Federación, 2020; énfasis añadido].

A continuación se expondrá el modo en que los prejuicios sobre la etnicidad existentes en la sociedad mexicana, y a los que no es inmune el personal sanitario, ponen en riesgo el “entendimiento recíproco”, con impactos potenciales en el diagnóstico, el tratamiento, la atención y el trato.

Contexto y metodología

Los resultados que aquí se presentan proceden de un estudio antropológico más amplio enfocado en la identificación de las barreras para el cuidado del pie diabético en una región indígena del estado de Oaxaca, con entrevistas al personal de salud y a las y los usuarios de un hospital rural gestionado por el IMSS-Bienestar, institución seleccionada en vista de su diseño dirigido a poblaciones “marginadas”, en muchos casos indígenas, y su énfasis en la interculturalidad. Esta institución opera a través de una red de unidades médicas rurales que ofrecen atención primaria, y de hospitales rurales que proporcionan servicios del segundo nivel de atención con un número limitado de especialidades.

El hospital donde realicé las entrevistas, y al que llamaré Hospital A, se encuentra en la región de los Valles Centrales, con una población predominantemente mestiza y zapoteca. Sede de la capital del estado, los



Cuadro 1
Características profesionales, de origen y étnicas
del personal de salud entrevistado

Informante	Cargo	Tiempo en Hospital A	Originaria(o) del estado de Oaxaca	Se considera indígena	Habla una lengua indígena
C1(R)	Cirujano (residente)	1 mes y medio	No	No	No
C2	Cirujano	5 años	Sí	Sí	No
TS1	Trabajador social	7 años	Sí	No	No
TS2	Trabajadora social	1 año y medio	Sí	No	No
E1	Enfermera auxiliar	11 años	Sí	No	No
E2	Enfermera auxiliar	10 años	Sí	Sí	Sí
E3	Enfermera auxiliar	10 años	Sí	Sí	Sí
MF1(R)	Médica familiar (residente)	4 meses	No	Sí	No
MF2(R)	Médica familiar (residente)	4 meses	No	No	No
MF3(R)	Médico familiar (residente)	4 meses	No	No	No

Fuente: Elaboración propia.

Valles Centrales se caracterizan por una vida social dinámica dominada por el turismo y el comercio. También atraen a un gran número de población flotante de diferentes orígenes étnicos y nacionales. En las últimas décadas, los procesos de urbanización y explotación de recursos han contribuido al deterioro de los ecosistemas locales y afectado el suministro de agua y la calidad del suelo. Aun así, las actividades agrícolas siguen siendo esenciales para muchas comunidades y convierten a la región en un continuo rural-urbano que desafía las demarcaciones fáciles y que hace que las diferencias socioculturales sean fluidas y poco obvias.

El Hospital A ofrece asistencia médica a una amplia población que vive en casi 70 municipios, muchos de ellos rurales y alejados de los centros urbanos. Al igual que en otros hospitales del IMSS-Bienestar, el personal sanitario está compuesto por un número considerable de médicos residentes, cuya formación en los hospitales rurales se conoce como “rotación de campo” y suele durar entre cuatro y seis meses. Las y los médicos a menudo vienen de contextos urbanos de otros estados y por lo general no tienen interés en trabajar de forma permanente en los hospitales rurales, que se encuentran en regiones consideradas marginadas y que ofrecen pocas perspectivas de desarrollo profesional. El personal permanente suele ser local o por lo menos del interior del estado.

Los resultados presentados se sustentan en entrevistas semiestructuradas realizadas con base en una guía preestablecida a diez trabajadores entre octubre del 2020 y febrero del 2021: dos cirujanos (uno residente y otro permanente), un trabajador y una

trabajadora sociales, tres auxiliares de enfermería, y dos médicas y un médico residentes de la especialidad en medicina familiar. Las y los participantes fueron seleccionados de acuerdo con los siguientes criterios: que interactuaran con pacientes que hablan una lengua indígena y que trataran o asistieran a pacientes en diferentes etapas de la diabetes tipo 2.

Como se resume en el cuadro 1, ninguno de los médicos residentes era originario del estado de Oaxaca, mientras que el personal de salud con cargos más estables era oaxaqueño. Cuatro de las diez personas trabajadoras de la salud se consideraban indígenas (aunque la médica residente declaró considerarse indígena por el simple hecho de que su abuela vivió en un pueblo rural) y sólo dos, ambas enfermeras, declararon hablar una lengua indígena. Al momento de la entrevista, los residentes de medicina familiar estaban a punto de terminar su cuarto mes de práctica, cumpliendo los requisitos para la rotación de campo; el médico residente especializado en cirugía sólo llevaba mes y medio en el Hospital A.

El objetivo de las entrevistas fue múltiple: identificar las barreras de atención percibidas por parte del personal de salud y explorar sus experiencias de trabajo y problemáticas con las y los usuarios indígenas con diabetes. Aunque originalmente el proyecto contemplaba la observación participante, la irrupción de la pandemia de COVID-19 impuso profundas restricciones y al final sólo pude realizar entrevistas que tuvieron lugar en un patio al aire libre del hospital reservado para el personal, y, en un caso, vía telefónica. Las entrevistas duraron entre 40 y 50 minutos, con excepción de una que duró sólo 12 minutos y medio

debido a que la persona entrevistada, cirujano residente, no consideró relevante la temática intercultural en su oficio y no llevaba mucho tiempo en el hospital, lo cual acotó muchísimo sus respuestas. El hecho de no poder observar las prácticas sociales trajo serias limitaciones que desarrollaré con más detenimiento en las conclusiones. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas; el análisis de la información se organizó en siete categorías temáticas: características sociodemográficas de los trabajadores de la salud, formación académica y profesional, conocimiento y valoración de la salud intercultural, identificación y percepción de los pacientes indígenas, problemas específicos en el encuentro médico con los pacientes indígenas, problemas específicos en la salud indígena, e identificación de barreras en el acceso a la salud. La aprobación ética del estudio fue otorgada por la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud de la Coordinación de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en septiembre de 2020. Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado por escrito.

Resultados

Familiaridad con el enfoque intercultural

Cuando pregunté si el hospital rural, como parte del programa IMSS-Bienestar, contaba con lineamientos oficiales de interculturalidad, la mitad respondió que sí, mientras que la otra mitad dijo que no o no sabía. TS2, quien respondió positivamente, expresó: “El programa IMSS-Bienestar tiene a bien tomar gran parte de la interculturalidad que tienen nuestros pacientes”, representando así a la interculturalidad como algo que les pertenece a los pacientes y que el programa acepta.

Al preguntar por la existencia de recursos o servicios específicos destinados a la población indígena, cinco de las diez personas entrevistadas respondieron que el hospital no los tiene. Pero tres (una enfermera y dos médicos familiares) citaron tres razones por las cuales es posible considerar que el hospital está destinado a una población indígena: (i) la atención médica es gratuita, lo que refleja su orientación hacia los grupos vulnerables; (ii) se ofrece alojamiento temporal para que pacientes y familiares procedentes de comunidades remotas puedan pasar la noche; (iii) el personal sanitario está conformado por enferme-

ras que hablan una lengua indígena y pueden actuar como traductoras. En otra parte de la entrevista, las personas que dijeron que no había servicios específicos para pacientes indígenas mencionaron la relevancia de trabajadores sociales y enfermeras bilingües para la interculturalidad.

La mitad de los informantes admitió no haber recibido nunca formación en salud intercultural o competencia cultural en salud. Los que reconocieron haber recibido alguna formación la recordaban como esporádica o lejana en el tiempo; sólo una enfermera contestó que la formación era continua. Uno de los entrevistados, el cirujano residente, dijo que no sólo no había recibido esta formación, sino que juzgaba que no hacía falta dado su papel y sus funciones. A pesar de ello, todos los entrevistados fueron unánimes en expresar que el enfoque intercultural es necesario en este tipo de hospitales para: reconocer que cada paciente presenta una diversidad ideológica, lingüística y cultural (n=4); respetar la diversidad cultural y lingüística y garantizar un tratamiento adecuado (n=4); ayudar a los pacientes a tener más información y una mejor comprensión de las enfermedades y los tratamientos (n=2); ayudar al personal sanitario a familiarizarse con la cultura de los pacientes (n=2); mejorar la comunicación entre el personal sanitario y los pacientes (n=2); poder adaptar las terapias, las dietas y las recomendaciones de cuidados a la cultura y las condiciones económicas de los pacientes (n=1). TS1 dijo:

[Requerimos un enfoque intercultural] porque la población que nosotros manejamos es mucha población indígena. En mi caso, me hubiera gustado o me gustaría hablar algún dialecto (sic),² pero desafortunadamente no me he dedicado, tengo barreras yo para comunicarme con la población que habla ese dialecto (sic). Entonces aquí pido apoyo con las personas o con mis compañeros que hablan dialecto (sic), ellos me traducen para poderme comunicar. Para mí es importante, muy importante, el poder entablar una buena comunicación.

Ante la falta de intérpretes profesionales, el personal de salud enfatizó que por lo común las traducciones e interpretaciones se realizan con la ayuda de los acompañantes del paciente (usualmente familiares) o de enfermeras bilingües. Sin embargo, dado que los pacientes hablan una variedad de idiomas y variantes, a menudo con limitada inteligibilidad mutua, la probabilidad de que las enfermeras bilingües puedan interpretar de manera correcta las palabras de los

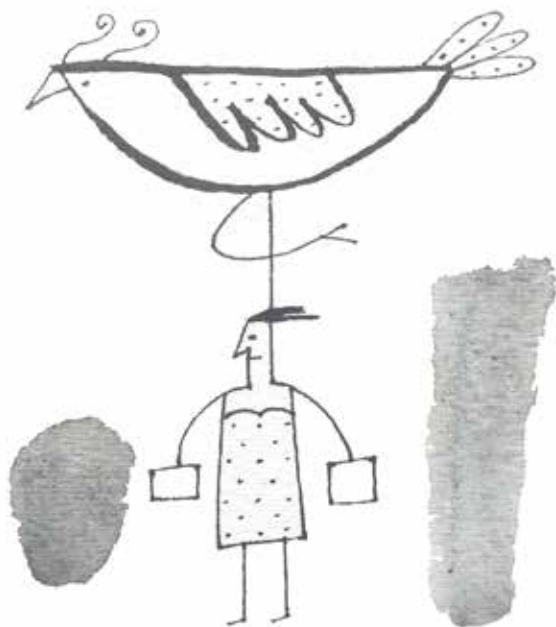
² En México es común que se considere al español como una lengua y a las lenguas indígenas como “dialectos”, una clara herencia colonial que niega la igualdad de estatus a las diferentes lenguas que se hablan en el país.

pacientes es baja, situación que agrava la percepción compartida de que las diferencias lingüísticas y culturales en el espacio hospitalario son una de las principales barreras en la atención.

En ocasiones, la comunicación eficaz y adecuada se definió no sólo en términos de comunicabilidad lingüística, sino también de calidad y amabilidad, así como explicó E2, que se autoidentificó como indígena:

La comunicación es superimportante. Vienen muchos pacientes adultos mayores. A veces entran solitos, y tú nada más les haces señas y “vete allá”... o ni siquiera las señas, o les dices “tienes que ir al laboratorio y ya regresas”. “¿Y dónde es el laboratorio o qué se hace en laboratorio? ¿Para dónde jalo?” Y yo sé que el número de pacientes no te da el tiempo quizá para llevar a (cada) paciente, pero por lo menos quizá decirle: “¿Sabes qué? Que entre tu familiar para que le explique y te pueda guiar”. Pero sí es superimportante la comunicación y la forma en cómo comunicarse con ellos.

Esta atención a la calidad de la comunicación se consideró basada en la empatía. De hecho, la empatía fue un concepto recurrente en las entrevistas. TS2: “La empatía es fundamental para entender varios factores que están detrás de la salud, es muy fácil juzgar a la primera (y equivocarse)”; E1: “Hay que ser empáticos, si los pacientes vienen a verte es porque te necesitan, entonces no hay que perder la humildad y la empatía, hay que ponerse siempre en el lugar del paciente”; C2: “Hay que ejercer la empatía y conocer a la población oaxaqueña, y saber tratar con una cultura que es indígena”.



Identificación, percepciones y representaciones de la etnicidad

Cuando se les pidió que indicaran qué proporción de los usuarios del hospital era indígena, las respuestas variaron: los dos cirujanos dijeron que alrededor de 90-95%, los dos trabajadores sociales entre 65 y 70%, dos enfermeras 90% y una 60%, los médicos de familia 50%. La similitud en las respuestas de las personas entrevistadas con funciones similares sugiere que, aunque los trabajadores sanitarios quizás tengan experiencias parecidas con los pacientes según el puesto, quizá los criterios para establecer la etnicidad dependen de su función y sus tareas.

Al ahondar en cómo reconocen que alguien es indígena prevalecieron dos tipos de respuestas: preguntando directamente a la persona o por simple observación. En el primer caso, los trabajadores de la salud dijeron que preguntarían: por el lugar de origen ($n=1$), si hablan una lengua indígena ($n=3$), o si el jefe de familia es indígena ($n=1$). En el segundo caso, que fue más frecuente, asignaron la etnicidad al observar la vestimenta ($n=6$), al detectar un acento particular o alguna dificultad para hablar en español ($n=5$), al escuchar al paciente hablar una lengua indígena con sus familiares ($n=5$), o al deducir de alguna forma que el paciente es de origen rural ($n=1$). Como es evidente, prevaleció la asignación directa de la etnicidad, sin, por ejemplo, preguntar a los pacientes si se autoidentifican como indígenas o pertenecen a un grupo étnico. La ropa y la lengua resultaron ser marcadores clave de la etnicidad, como ilustra lo dicho por TS1:

Hablan su dialecto (sic) y llevan su ropa tradicional. Yo ya puedo identificar de qué comunidades vienen por la forma en cómo visten. Por ejemplo, S.M. es una comunidad que está cerca y ellos visten unos vestidos de una tela muy brillante y colores fucsia, verde limón, morado, unos colores muy muy vivos con un mandil muy floreado, muy bonito, entonces ya sé que esa señora viene de allí. De Q. las identifico por su pañoleta de colores que se ponen y usan una falda, ellas también traen una falda con colores muy fuertes y también usan un mandilito, pero la blusa de ellas viene muy floreada y el paliacate que traen en la cabeza, identifico que son de Q.

Sin embargo, todos admitieron que la vestimenta no siempre es suficiente para identificar la etnicidad, ya que muchos pacientes, especialmente los más “urbanizados”, acuden al hospital sin llevar la ropa típica. Como aclaró MF2(R):

Algunos pacientes vienen de lugares muy lejanos y su vestimenta nos indica que pertenecen a un grupo étnico. En cambio, aquí en mi consultorio (consulta externa) no vienen con la vestimenta típica. O sea, su vestimenta es como de un municipio más urbanizado, aunque lo único que los diferencia de los demás pacientes es que sí hablan dialecto (sic). Pero inclusive ellos, sus creencias son ya más modernizadas. [Mientras que] los pacientes que están en el área de urgencia, cuando a mí me ha tocado llegar a tratar con ellas [pacientes obstétricas], es muy difícil explicarles muchas situaciones con respecto al tratamiento, a la evolución, a la prevención.

Esta médica familiar consideró que la vestimenta es un signo de la identidad indígena, pero que la lengua es un criterio más preciso. Estableció una diferencia entre las comunidades remotas y las urbanas, señalando las disparidades en el “tipo” de paciente que utiliza los servicios médicos de urgencia y de consulta. En este hospital, la sala de urgencias recibe sobre todo a mujeres embarazadas enviadas por las unidades médicas rurales de comunidades lejanas para dar a luz en el hospital; en cambio, los que acuden a la consulta médica regular son pacientes de lugares cercanos. En opinión de MF2(R), cuanto más rural, más indígena y, a la inversa, cuanto más urbanizado, menos indígena (queda sólo el marcador lingüístico), lo que se manifiesta en sus creencias “más modernizadas” que facilitan la comunicación e inteligibilidad mutua.

La oposición rural/urbano fue un tema trascendente de reflexión y salió a la luz en las discusiones sobre la dieta de los pacientes. MF2(R) mencionó un exceso de alimentos en las tradiciones indígenas de los Valles Centrales, materializado en una particular afición al pan y al chocolate, en contraposición a la escasez de alimentos en contextos indígenas de la “remota” región mixe, donde “la gente come muy poco y sólo una vez al día –algunas tortillas y frijoles, y eso es todo”. También se expresaron prejuicios positivos, como en las palabras de MF1(R): “Los que no son indígenas comen pan, toman refrescos, muchas cosas poco saludables. Los que son indígenas tienen una dieta más natural. Así que tienen una cierta ventaja”. Pensando sobre el hecho de no haber detectado pacientes indígenas con pie diabético, MF1(R) añadió: “Si bien es cierto que no tienen mucho cuidado en sus pies, tienen muchos callos y están entre la tierra, no me ha tocado verlos; yo creo que es la misma herencia [genética] [...] o esa alimentación que los puede llevar a que tenga mejor elasticidad la piel”.

Esta visión polarizada de lo rural/urbano e indígena/no indígena con relación a la dieta fue más matizada y problematizada en las palabras de E2, una

enfermera que se autoidentificó indígena, hablaba una lengua indígena y provenía de una comunidad rural. Me explicó que en su comunidad se habían producido cambios en la alimentación con la llegada de los alimentos industrializados y un aumento en la ingesta de carbohidratos. Cuando ella era niña, dijo, comían muchas más verduras (chayote, calabaza, hierbas aromáticas) que en la actualidad, pues las cultivaban en sus huertos caseros.

Dado que la interculturalidad en salud se basa en la sensibilidad hacia la diversidad, les pregunté si modificaban su forma de abordar y tratar a un paciente si pensaban que éste era indígena. La mayoría (ocho de diez) respondió que no, haciendo hincapié en que la atención médica es igual para todos. No obstante, dijeron que algo que sí cambian –para facilitar la comprensión de la información médica por parte del paciente– es su forma de expresarse. Las estrategias que dijeron adoptar fueron recurrir a hablantes bilingües para pedir traducciones o simplificar su propia habla. Admitieron hablar más despacio, evitar terminología abstracta, utilizar términos vernáculos, dibujar y repetir las cosas más de una vez. Resaltaron que las diferencias lingüísticas y culturales son las barreras más grandes en el encuentro con el paciente.

Percepciones y representaciones de la salud indígena

El tema de la *alteridad* fue prevalente en las evaluaciones de la “salud indígena”. Al preguntarles sobre los factores que más influyen en la salud de las poblaciones indígenas, las respuestas se repartieron en tres categorías: factores socioculturales inherentes a los pueblos indígenas, factores socioeconómicos y ambientales, e interacciones intersubjetivas entre pacientes y personal de salud. Dentro del primer grupo, los entrevistados destacaron que los pacientes indígenas suelen tener problemas para entender la información médica; tienen conjuntos de creencias y costumbres que son perjudiciales para su salud; se resisten al tratamiento médico y desconfían de los servicios médicos; tienden a faltar a las citas médicas y a no seguir los consejos de los médicos debido a malentendidos, obstinación u otros rasgos culturales negativos; prefieren tratamientos alternativos que desplazan a la biomedicina o provocan retrasos en la búsqueda de atención; pertenecen a sectas religiosas que prohíben el uso de la biomedicina; tienen malas dietas y propensión al alcoholismo; demuestran sexismo y desprecio hacia las mujeres. C2 explicó:

Siento que los pacientes indígenas presentan más dificultades porque, a veces, las costumbres que tienen en sus comunidades, tan arraigadas, les hacen decir “no voy a los médicos porque me van a enfermar más” o “no voy a los médicos porque la última vez me trataron mal”, por lo que se quedan pegados a esas ideas. Les han vendido esa idea –que los médicos enferman– y por eso acuden a los curanderos.

En opinión de C2, las costumbres autóctonas hacen que los pacientes sean desconfiados, testarudos y víctimas fáciles de manipulación. Asimismo, E1 se quejó del uso de los sistemas médicos tradicionales, pues argumentó que esto retrasa la búsqueda de atención incluso cuando los servicios biomédicos están disponibles y son de buena calidad: “La gente primero va con el huesero, con el yerbero, con la partera, con el brujo... y a las quinientas [veces] se acuerdan que tienen un hospital. Entonces, le digo, todo eso incluye sus creencias”. C1 mostró signos de frustración por la supuesta rebeldía de los pacientes indígenas: “Muchas veces, aunque uno les explique una y otra vez cuál es la enfermedad y lo que tienen que hacer, no hacen caso”. Al igual que C1, MF1(R) se mostró frustrada por las barreras que marcan el encuentro médico:

Les da pena. La vergüenza hace que no te pregunten “no entendí la pregunta, no sé qué es una contracción”. La pena, pero también que luego no escuchan. Te dicen “sí”. “¿Qué le dije, señora? Repítame”. “Ay, no sé”. Y yo: “Me está dando el avionazo. Yo también le voy a dar el avionazo si no me dice, eh. Y no le voy a hacer caso”. Y les da risa.

En cuanto a los factores ambientales y socioeconómicos, el personal sanitario señaló que los pacientes indígenas que viven en lugares lejanos tienen menor acceso a los servicios médicos. La lejanía geográfica les dificulta acudir a sus citas médicas, ya que eso requiere tiempo y dinero. El personal sanitario, especialmente los de trabajo social, estaba consciente de las difíciles situaciones familiares, las duras condiciones económicas que afectaban de forma negativa los hábitos de autocuidado y alimentarios, así como la falta de conocimiento general sobre sus derechos como pacientes. TS1 explicó que para los pacientes de comunidades lejanas es difícil acudir a sus citas médicas por la falta de dinero. TS2 describió lo que significa llegar al hospital con viajes de hasta seis horas:

En muchas ocasiones cuando le damos una cita subsecuente a algún paciente que viene de muy lejos, regular-

mente ya no puede venir a esa segunda cita, por esa cuestión económica de pagar un viaje especial, le llaman ellos, donde tienen que pagar mil pesos y traen un chofer que viene y los deja y los espera cierto tiempo y tienen que apurarse porque ese mismo los va a regresar al pueblo y vienen como varios para cooperarse y sacar el viaje, entonces yo considero que ahí está una barrera principal.

Además de estos problemas, los trabajadores de la salud también reconocieron que la forma en que está estructurado y organizado el sistema sanitario dificulta una buena atención. Como ilustré en la introducción, los hospitales del IMSS-Bienestar proporcionan servicios del segundo nivel de atención, lo cual implica que, cuando los pacientes necesitan pruebas de laboratorio especializadas o sufren complicaciones médicas, tienen que acudir a servicios privados o son referidos a los hospitales de especialidad de la capital, mismos que a menudo están sobresaturados. Encontrar una solución para los pacientes con pocos medios económicos y sin ningún tipo de seguro es una de las tareas de mayor envergadura del área de trabajo social.

Por último, entre los factores intersubjetivos que afectan las interacciones entre los pacientes y los profesionales sanitarios, las y los entrevistados volvieron a mencionar las barreras lingüísticas. En general, todos percibieron y evocaron las diferencias lingüísticas y culturales, pero los médicos las destacaron con más énfasis. Por el contrario, aunque la asociación del ser indígena con la pobreza fue común entre la totalidad de los participantes, los trabajadores sociales fueron los que más la resaltaron, claramente porque son quienes examinan las condiciones socioeconómicas de los pacientes, se ponen en contacto con las instituciones sanitarias y ayudan a los pacientes a navegar por el sistema sanitario nacional. Cabe destacar que, entre todos los entrevistados, sólo una persona habló de discriminación por parte del personal hacia los pacientes indígenas; una vez más, fue E2 la que planteó la cuestión. Cuando le pregunté cómo se sentía como persona indígena que trabaja en el sector sanitario, E2 relató:

Vamos, a fin de cuentas se supone que todos somos indígenas, pero mucha gente no se considera indígena a pesar de que es de Oaxaca; dicen: “No, yo no soy indígena, yo nací en la ciudad”. Hay gente que dice: “Ay, ese viene del pueblo, viene todo sudoroso y todo sucio”. A pesar de que sea médico, enfermera, sí hay esa parte, no todos lo ven bien. [...] Ellos piensan o se consideran, no sé, hasta de otro nivel. [...] Quizás ya no tanto, pero sí, todavía se sigue viendo.

En las entrevistas, el personal sanitario mostró interés y aprecio por las culturas indígenas, como en las palabras de MF2(R): “Animo a mis pacientes, a las mujeres embarazadas, a que enseñen su dialecto (sic) a sus hijos. Hablo con ellas y les hago ver que Oaxaca es un estado hermoso, que tenemos que estar orgullosos de ser mexicanos, oaxaqueños”, o en las de E1: “En este hospital la interculturalidad es vital. La mayoría de pacientes tienen este gran privilegio: hablar alguna lengua”, y “respetamos a todos y les inculcamos este aprecio, respetamos su vestimenta, su lengua, su cultura y su gastronomía”. Con todo, la cultura y las costumbres se juzgaron problemáticas para la salud, como resumió MF2(R): “Pese a tener descendencia (sic) indígena o inclusive todavía tener esas costumbres, que el paciente o la paciente viva aquí cerca de esta población más urbanizada ha dado la posibilidad de que su mente se abra a otras opciones de tratamiento y al manejo”.

Discusión

En México, la salud intercultural se reconoce, se valora idealmente y se incorpora de manera oficial a los sistemas de salud; sin embargo, su traducción a la práctica a menudo es poco sistemática, y los encuentros clínicos reflejan estructuras sociales de clase y raza más amplias. Aunque todos los profesionales de la salud de este estudio admitieron que era necesario un enfoque intercultural en el Hospital A, sólo la mitad fue capaz de identificar directrices interculturales oficiales y sólo una persona dijo que recibía formación continua en competencia cultural. Incluso un hospital como el A, que adopta la inclusión y la interculturalidad, carece de un enfoque sistémico, no invierte lo suficiente en la formación del personal sanitario y confía en gran medida en las capacidades de las enfermeras hablantes de alguna lengua indígena sin ofrecer un conjunto de servicios más sólido y eficaz, completado, por ejemplo, con intérpretes profesionales. Este hallazgo no es exclusivo de Oaxaca y del IMSS-Bienestar. En Chiapas, Eroza-Solana y Carrasco-Gómez hallaron que, a pesar de las asignaciones presupuestarias existentes para los intérpretes, la Secretaría de Salud chiapaneca prefería contratar a enfermeras bilingües y que ellas se encargaran de la interpretación (2020: 117). Por el contrario, en Veracruz, Dörr y Dietz (2020) reportaron que en los centros de salud dotados de intérpretes algunos médicos rechazaban su ayuda, en detrimento de los pacientes.

En cuanto a la comprensión y el encuadre de la salud intercultural, el personal sanitario la equiparó con

la competencia cultural y, sobre todo, tendió a considerar que la “cultura” pertenece sólo a los pacientes y no a ellos mismos; esto es común en el ámbito sanitario y es uno de los principales problemas del paradigma de la competencia cultural (Kleinman y Benson, 2019: 117). Aunque el personal de salud valoraba la diversidad cultural, en especial la lengua, la gastronomía y la vestimenta, la apreciación era en gran medida folclórica y estaba vinculada con un cierto orgullo nacionalista por la oaxaqueñidad y/o mexicanidad. De hecho, estos mismos rasgos culturales eran juzgados de forma negativa cuando se ponían en relación con la salud, pues, cuando se habló de salud indígena, se destacaron la alteridad y el atraso, mientras que los pacientes indígenas fueron descritos como ignorantes, vulnerables, desconfiados, penosos (en el sentido mexicano de tímidos, con sentimiento de vergüenza) y fácilmente influenciados por las palabras y opiniones de los demás. La otredad disminuye en intensidad con la urbanización, como en el caso de los zapotecos que viven cerca de la capital, en contraste con los mixes que viven en las montañas. Esto muestra las interacciones de raza, clase y ubicación espacial en las representaciones sociales de la etnicidad, así como las jerarquías ocultas dentro de los diferentes grupos étnicos a los ojos del personal de salud.

El uso de los recursos y sistemas médicos tradicionales por parte de los pacientes se concebía como un problema importante, aunque los entrevistados admitían que había que aceptar su uso, siempre y cuando no sustituyera o afectara los tratamientos biomédicos. Aunque la subvaloración de los sistemas de salud indígenas ha sido una constante en la formación médica y en la política de salud mexicana, los embates políticos y financieros han afectado de manera muy grave a los programas de salud intercultural, sobre todo en las décadas de los dos miles (Menéndez, 2016b: 7).

En general, las representaciones de la etnicidad por parte del personal de salud revelan algunos estereotipos que asocian a las personas indígenas con la pobreza, la ignorancia, los marcadores étnicos específicos (lengua y vestimenta) y la lejanía geográfica. Estos hallazgos coinciden con los de Colmenares-Roa y Peláez-Ballesteros (2020), quienes estudiaron la identificación indígena por parte de los profesionales de la salud en un hospital de la Ciudad de México. Ellas también encontraron discursos estereotipados y esencialistas en torno a los pacientes indígenas que sugieren “la naturalización de discursos y prácticas racistas dentro de las instituciones mexicanas y por parte de los profesionales de la salud” (2020: 133; traducción mía). No obstante, en el estudio de estas

autoras, no se menciona si los profesionales de la salud se identificaban como indígenas. En el caso del Hospital A, las identidades étnicas resultaron ser diversas y complejas, pues algunos trabajadores se identificaron como indígenas y también argumentaron que las expresiones etnoculturales de las poblaciones varían en el contexto oaxaqueño. A diferencia del personal residente, el personal de salud permanente—originario del estado—podía diferenciar entre grupos étnicos y alternaba visiones homogeneizantes del “ser indígena” con el reconocimiento de la diversidad basada en el contexto, además de estar presentes actitudes propias de la interculturalidad positiva como lo puede ser el reconocimiento de la relevancia de ser humildes y empáticos.

El hecho de que una minoría de trabajadores sanitarios se autoidentificara como indígena tiene notables implicaciones en cuanto a su visión, juicio y tratamiento de la etnicidad. Las cuatro personas que se autoidentificaron como indígenas compartían algunas ideas estereotipadas sobre los pacientes indígenas, pero las valoraciones de una enfermera nacida y criada en un pueblo rural e indígena fueron más matizadas. Tenía una comprensión compleja de las costumbres alimentarias de las comunidades rurales, indígenas y también fue la única que habló de actitudes discriminatorias en el interior del hospital. Por el contrario, C2, el cirujano que se identificaba como indígena y no podía hablar una lengua indígena, tenía una percepción más negativa de la etnicidad (aunque tenía una actitud comprensiva hacia las costumbres). Si bien el contraste entre estos dos casos es demasiado pequeño para justificar cualquier conclusión, vale la pena tener en cuenta cómo las jerarquías profesionales y las identidades étnicas se entrecruzan influyendo en las (auto)percepciones y representaciones. Rosalynn Vega, en su análisis de las actitudes de desprecio hacia los pacientes indígenas de una partera educada profesionalmente que trabajaba en una clínica rural, ha mostrado cómo el logro profesional puede llevar al “blanqueamiento” (2017: 492), mediante el cual los grupos subalternizados adoptan comportamientos y valores dominantes, participando así en la “violencia simbólica” (Bourdieu y Passeron, 1990).

Junto con las barreras culturales y lingüísticas, el personal de salud también reconoció las barreras socioeconómicas, geográficas e institucionales. Por ejemplo, tenían claro que las personas indígenas que viven en comunidades remotas están más desfavorecidas que sus pares urbanos. Empero, incluso la “lejanía” geográfica puede constituir un tropo discursivo que naturaliza las desigualdades, enfatizando la distancia sobre la falta de inversión pública en infraestruc-

turas de salud y conectividad (Muñoz Martínez, 2022). Una visión más crítica de las desigualdades en salud surgió en relación con los límites del sistema sanitario nacional que, al ser fragmentado y segmentado, obstaculiza la prestación de una asistencia integral. Si bien hubo una crítica al sistema de salud en cuanto tal, encontré poca autocrítica y reflexividad, a excepción de una enfermera que explicó que la atención médica se centra demasiado en males específicos, sin atender a la historia clínica completa, además de que las visitas al médico son muy apresuradas por falta de tiempo: “te conviertes en un robot”. Claro está que estos problemas en la atención también se deben a la calidad de la infraestructura y organización material destinada a la población indígena y rural, pues el personal denunció, entre otras cosas, la sobresaturación del hospital, la falta de servicios y tecnologías adecuadas y actualizadas, y el desabasto de medicamentos.

En términos generales, estos hallazgos contribuyen a la literatura que analiza la interculturalidad negativa del sistema de salud en México y en otros lugares, que se manifiesta en la dimensión estructural y personal y que puede revelar formas de racismo y clasismo institucionales (Dörr y Dietz, 2020; Gatwiri, Rotumath y Rix, 2021). Los estereotipos prevalecientes en las representaciones de la etnicidad de este grupo de trabajadores de la salud constituyen barreras culturales que obstaculizan el entendimiento recíproco entre personal y pacientes, que se supone que el enfoque intercultural debe fomentar. Además, pueden favorecer formas de discriminación, es decir, actitudes con las que se identifican, separan y tratan diferencial y perjudicialmente ciertos tipos de personas.

Dado que las representaciones sociales y las prácticas se implican mutuamente, queda por explorar cómo estas representaciones influyen en concreto en las interacciones entre personal de salud y usuarios dentro de los entornos clínicos. Smith-Oka (2012 y 2015), a través de un estudio sobre el riesgo y la maternidad en los hospitales obstétricos urbanos de Puebla, ha retratado la manera en que la semiótica interactúa con lo material; al describir las interacciones que ocurren en las consultas, muestra cómo los discursos biomédicos construyen los cuerpos de las mujeres pobres como intrínsecamente “riesgosos” (Smith-Oka, 2012), así como la forma en que tales construcciones se traducen en microagresiones (Smith-Oka, 2015). La autora concluye que hay una “desarticulación” entre los esfuerzos por alcanzar la cobertura sanitaria universal y la atención de calidad (2015: 15). Una disyuntiva similar parece caracterizar a la interculturalidad en salud.

Conclusiones

Los testimonios del personal sanitario entrevistado en este estudio alumbran algunas contradicciones presentes en la realización de la interculturalidad en un hospital rural mexicano: es un enfoque reconocido y valorado y se persigue mediante diversas estrategias, como pedir a alguien que traduzca, adaptar las formas de comunicación y las recomendaciones dietéticas a las necesidades de los pacientes, así como ejercer humildad y empatía, consideradas valores y actitudes clave. No obstante, estos intentos de interculturalidad están limitados por factores estructurales entre los cuales hay que incluir la dimensión cultural pensada como concretización de las estructuras sociales. Los prejuicios étnicos y de clase presentes en la sociedad y por ende también en el gremio hospitalario, constituyen barreras culturales que socavan o adulteran la interacción equitativa entre personal de salud y usuarios de los servicios. Colmenares-Roa y Peláez-Ballestas han resaltado la “naturalización de las desigualdades sociales” (2020: 133; traducción mía), en particular con referencia a la interacción personal sanitario/paciente. Asimismo, estas desigualdades se reflejan también en las jerarquías profesionales: las personas hablantes de lenguas indígenas son una minoría dentro de la plantilla y por lo general ocupan los puestos menos valorados como enfermería y trabajo social.

En su conjunto, entonces, estos hallazgos confirman las preocupaciones planteadas por los críticos de la salud intercultural. Sin embargo, los testimonios aquí recolectados aluden de igual modo a intentos de interculturalidad positiva, aunque circunscritos sobre todo a una actitud de tolerancia, más que de enriquecimiento mutuo (Albó, 1999).

Además, cabe añadir que el hecho de haberme enfocado sólo en las representaciones sociales, ignorando (por causas de fuerza mayor) las prácticas, conlleva el riesgo de ver a los sujetos como meros reproductores de significados, reduciéndolos “a su palabra”, como ha señalado Menéndez en su crítica hacia el solo uso de las narrativas en la investigación (Menéndez entrevistado en De Moura Pontes, 2012: 345). La observación de lo que en realidad ocurre en las interacciones entre los distintos actores es fundamental para documentar diversos tipos de agenciamientos, así como posibles prácticas interculturales ambivalentes y contradictorias.

Hablando de la importancia de las condiciones materiales para la transformación de representaciones y prácticas, un paso concreto para favorecer una interculturalidad positiva sería garantizar que las personas indígenas tengan mejores oportunidades educa-

tivas y profesionales, y así estar en mayor número en el interior de las instituciones sanitarias. Otro paso clave sería potenciar el valor del trabajo social y la enfermería junto con la sensibilización del personal médico sobre la trascendencia de las competencias sociales y relacionales en la asistencia sanitaria. Si bien, como sostiene Menéndez, la interculturalidad se queda corta si se limita a “[u]nas pocas horas de educación ‘antropológica’” (2016b: 7), esto no significa que la formación sea inútil, sobre todo cuando se dirige a la identificación de la “presencia de representaciones y prácticas en términos de clase” (y raza) “que operan entre el personal de salud y los grupos étnicos” (Menéndez, 2016b: 8), rearticulando así lo cultural en términos estructurales (Metzl y Hansen, 2014). El emergente modelo médico centrado en la “competencia estructural” (Metzl y Hansen, 2014; Harvey *et al.*, 2020), que va más allá de la competencia cultural, constituye un prometedor camino a seguir. Este modelo pretende ayudar al personal sanitario a reconocer y abordar las desigualdades estructurales que subyacen a las peores condiciones de salud de ciertos grupos poblacionales, así como a desarrollar “humildad estructural” y reflexividad. Un componente clave de este modelo educativo es aprender a reconocer, asumir y responsabilizarse por los prejuicios de raza y clase que se reproducen incluso de manera inconsciente en las prácticas asistenciales. Junto con la defensa de un sistema sanitario verdaderamente universal, seguirá siendo necesaria una estrategia intercultural orientada a corregir los desequilibrios de poder para formar y educar al personal sanitario, y para considerarlo un aliado para el cambio sistémico.

Fuentes

- ABRIC, JEAN CLAUDE
2001 *Prácticas sociales y representaciones*, Ediciones Coyoacán, México, 227 pp.
- AGUIRRE BELTRÁN, GONZALO
1955 *Programas de salud en la situación intercultural*, Instituto Indigenista Interamericano, México, 191 pp.
- ALBÓ, XAVIER
1999 *Iguals, aunque diferentes. Hacia unas políticas interculturales y lingüísticas para Bolivia*, en Xavier Albó, *Obras Selectas*, tomo XI: 1998-2002, Ministerio de Educación/Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia/Centro de Investigación y Promoción del Campesinado, La Paz, Bolivia, pp. 247-381 <<https://biblioteca.cipca.org.bo/explorar/iguales-aunque-diferentes-hacia-unas-politicas-interculturales-y-linguisticas-para-bolivia>>.
- BOURDIEU, PIERRE Y JEAN-CLAUDE PASSERON
1990 *Reproduction in Education, Society, and Culture*, Sage, Londres, 288 pp.

- CAMPOS-NAVARRO, ROBERTO
2016 "Enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México", en Roberto Campos-Navarro, *Antropología médica e interculturalidad*, Universidad Nacional Autónoma de México/McGraw Hill, México, pp. 13-20.
- COLMENARES-ROA, TIRSA E INGRIS PELÁEZ-BALLESTAS
2020 "Indigenous identification by health professionals in a Mexican hospital setting", en *Medical Anthropology*, vol. 39, núm. 2, pp. 123-138.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN
2020 "Acuerdo mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa IMSS-BIENESTAR para el ejercicio fiscal 2020", en *Diario Oficial de la Federación*, 10 de enero <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5583723&fecha=10/01/2020>.
- DÖRR, NIELS MICHAEL Y GUNTHER DIETZ
2020 "Racism against Totonaco women in Veracruz: Intercultural competences for health professionals are necessary", en *PLoS ONE*, vol. 15, núm. 1, pp. e0227149. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227149>.
- EROZA-SOLANA, ENRIQUE
Y MÓNICA CARRASCO-GÓMEZ
2020 "La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia", en *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, vol. 18, núm. 1, pp. 112-128.
- GATWIRI, KATHOMI,
DARLENE ROTUMAH Y ELIZABETH RIX
2021 "BlackLivesMatter in healthcare: Racism and implications for health inequity among aboriginal and Torres Strait Islander Peoples in Australia", en *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 18, p. 4399. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18094399>.
- HARVEY, MICHAEL ET AL.
2020 "Structural competency and global health education", en *Global Public Health*, vol. 22, pp. 1-22. doi: <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1864751>.
- JUÁREZ-RAMÍREZ, CLARA, MARGARITA MÁRQUEZ-SERRANO,
NELLY SALGADO DE SNYDER,
BLANCA ESTELA PELCASTRE-VILLAFUERTE,
MARÍA GUADALUPE RUELAS-GONZÁLEZ
Y HORTENSIA REYES-MORALES
2014 "La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes", en *Revista Panamericana Salud Pública*, vol. 35, núm. 4, pp. 284-290.
- KLEINMAN ARTHUR Y PETER BENSON
2019 "Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it", en Jonathan Oberlander et al. (coords.), *The Social Medicine Reader: Differences and Inequalities*, vol. 2, Duke University Press, Durham, 3ª edición, pp. 116-127.
- LERIN PIÑÓN, SERGIO, CLARA JUÁREZ Y DIANA REARTES
2015 "Creencias de indígenas chiapanecos en torno a la diabetes y posibilidades de atención intercultural", en *Salud Problema*, vol. 9, núm. 17, pp. 27-41.
- MENÉNDEZ, EDUARDO
2016a "Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos", en *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 21, núm. 1, pp. 109-118.
- MENÉNDEZ, EDUARDO
2016b "Cuestiones metodológicas sobre antropología e interculturalidad", en Roberto Campos-Navarro (coord.), *Antropología médica e interculturalidad*, Universidad Nacional Autónoma de México/McGraw Hill, México, pp. 1-12.
- MENESES NAVARRO, SERGIO ET AL.
2020 "Innovación pedagógica para mejorar la calidad del trato en la atención de la salud de mujeres indígenas", en *Salud Pública de México*, vol. 63, núm. 1, pp. 51-59.
- METZL, JONATHAN M. Y HELENA HANSEN
2014 "Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality", en *Social Science & Medicine*, núm. 103, pp. 126-133.
- MOSCOVICI, SERGE
1976 *La psychanalyse, son image, son public*, Presses Universitaires de France, París. [1961].
- MOURA PONTES, ANA LUCÍA DE
2012 "Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina", en *Trabalho, Educação e Saúde*, vol. 10, núm. 2, pp. 335-345.
- MUÑOZ MARTÍNEZ, RUBÉN
2022 "Determinantes sociales y culturales y estrategias en salud en la atención médica especializada a población maya con VIH en Chiapas", en *Estudios de Cultura Maya*, vol. LIX, núm. 59.
- PAULO MAYA, ALFREDO
Y MARTHA CRUZ SÁNCHEZ
2018 "De eso que se ha llamado interculturalidad en salud: un enfoque reflexivo", en *Salud. Revista de la Universidad Industrial de Santander*, vol. 50, núm. 4, pp. 366-384.
- PEÑA, GUILLERMO DE LA
2005 "Social and cultural policies toward indigenous people: Perspectives from Latin America", en *Annual Review of Anthropology*, vol. 34, pp. 717-739.
- RAMÍREZ HITA, SUSANA
2014 "Salud, globalización e interculturalidad: una mirada antropológica a la situación de los pueblos indígenas de Sudamérica", en *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 19, núm. 10, pp. 4061-4069.
- SESIA, PAOLA
2020 "Violencia obstétrica en México: la consolidación disputada de un nuevo paradigma", en Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone (coords.), *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, pp. 3-30.
- SMITH-OKA, VANIA
2012 "Bodies of risk: Constructing motherhood in a Mexican public hospital", en *Social Science & Medicine*, vol. 75, núm. 12, pp. 2275-2282.
- SMITH-OKA, VANIA
2015 "Microaggressions and the reproduction of social inequalities in medical encounters in Mexico", en *Social Science & Medicine*, vol. 143, pp. 9-16.
- VEGA, ROSALYNN
2017 "(Inter)identificación racial: racialización de la salud materna a través del programa Oportunidades y clínicas gubernamentales en México", en *Salud Colectiva*, vol. 13, núm. 3, pp. 489-505.