



Facultad  
de Ciencias  
Económicas y  
Empresariales

Departamento  
de Economía  
Aplicada y  
Estadística



**Revista de Evaluación de  
Programas y Políticas Públicas**  
JOURNAL OF PUBLIC PROGRAMS AND POLICY EVALUATION

# La evaluación de los indicadores de interculturalidad en los programas de salud dirigidos a la población indígena y la importancia de la comunicación intercultural

## Evaluation of interculturality indicators in health programs for indigenous populations, and the importance of intercultural communication

Núm. 8 (2017), pp. 71-89

Monroy Gaitán, José Francisco\*

Recibido: **febrero, 2016**

Aceptado: **junio, 2016**

**JEL Clasif:** Z18

**DOI:** [10.5944/reppp.8.2017.15952](https://doi.org/10.5944/reppp.8.2017.15952)

---

\* José Francisco Monroy Gaitán. Doctor en Geografía Económica, por la Universidad Nacional Autónoma de México, con estancia doctoral en la Universidad Complutense de Madrid. Maestro en Ciencias Sociales con especialidad en Desarrollo Local, por El Colegio Mexiquense. Licenciado en Economía por la Universidad Nacional Autónoma de México. E-mail: [fmonroyg2001@yahoo.com](mailto:fmonroyg2001@yahoo.com)

## Resumen

El presente texto tiene como objetivo principal hacer una reflexión sobre la instrumentación del primer programa de salud adecuado a las características culturales de la población indígena de México, el de «Unidades Móviles, Caravanas de la Salud», incidiendo principalmente en los aspectos de interculturalidad que es preciso razonar bajo la óptica de la comunicación intercultural debido a los resultados evaluatorios de su operación. Parte de las consideraciones que se exponen en este documento surgen a partir de la evaluación a dicho programa de la Secretaría de Salud por instancias externas, como la Universidad Intercultural del Estado de México, la cual ha estado facultada y participado activamente en el análisis procedimental de las políticas públicas dirigidas hacia los indígenas.

*Palabras clave:* Interculturalidad; política pública

## Abstract

This paper's main objective is to reflect on the implementation of the first program of adequate health to the cultural characteristics of the indigenous population of Mexico, the «Unidades Móviles, Caravanas de la Salud», focusing mainly on aspects of multiculturalism that must think from the perspective of intercultural communication because the evaluative results of its operation. Some of the considerations outlined in this document arising from evaluation to the program of the Ministry of Health of Mexico by external bodies such as the Universidad Intercultural del Estado de Mexico, which has been empowered and actively participated in the procedural analysis public policies directed the indigenous population.

*Key Words:* Intercultural; public policy

## 1. Introducción

El programa «Unidades Móviles, Caravanas de la Salud» es paradigmático e interesante de abordar porque aun cuando en los inicios de su operación el componente cultural de sus servicios no estaba contemplado, al incluirlo se convierte en factor que permite un acercamiento a las necesidades integrales de esta población. De ese modo, si bien el fin inmediato del Programa fue incrementar el acceso efectivo a las condiciones de salud de la población más depauperada del país —entre ellos los indígenas— y con ello mejorar sus condiciones sanitarias, con el elemento intercultural se pretende mejorar su calidad de vida.

Eso es parte del razonamiento que acompaña la idea y práctica de la interculturalidad como necesaria forma de negociación y acercamiento entre los distintos grupos humanos, cuya intención directa es la de promover el diálogo y la relación entre culturas y no solamente su reconocimiento y visibilización social. Así, la interculturalidad, como modelo de convivencia y como proceso comunicativo, propone la definición de condiciones específicas para la interacción equitativa entre grupos culturales diferentes, cada uno con una verdad, una visión especial de mundo (cosmovisión) y un marco de referencia y paradigmas respecto a diferentes aspectos de la realidad. Tal es la concepción intercultural, de reciente data, fruto de la creciente modernidad pero también de las luchas de los pueblos subalternos.

Así, en este siglo XXI se concibe a la interculturalidad como la interacción respetuosa, horizontal y sinérgica entre culturas, donde ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencialidad a través de un proceso de negociación, dialógico, comunicacional. Lo anterior ha dado forma y contenido a variadas disposiciones de reconocimiento a las diferencias culturales al interior de los pueblos, que en México, aparte de dicho reconocimiento legal, ha venido a «refrescar la visión humanista del arte de curar», dotando de sentido y expresión a maneras distintas de concebir la salud, como es el caso de sus pueblos originarios y su cultura de la sanidad.

## 2. La interculturalidad como política pública sanitaria del siglo XXI

Las políticas específicamente dirigidas hacia a los pueblos indígenas de México sobrevienen desde el siglo pasado, sin embargo, es hasta muy recientemente que se han planteado como estrategias continuas y coherentes que den alternativas de solución a las demandas de estos primeros pueblos y más en el ámbito sanitario, espacio donde las necesidades de dicha población han requerido del enfoque intercultural para establecer puentes de comunicación entre la cultura de los servicios de salud y las diferentes culturas originarias.

Sin embargo, este enfoque en la política pública sanitaria dirigida hacia los pueblos indígenas, es deber decirlo, no ha sido una concesión gratuita, sino el resultado de enfrentamientos y luchas centenarias por el reconocimiento a su otredad, teniendo como evento señero en México el conflicto armado del zapatismo de fines del siglo XX, que también simbólico y virtual, dio lugar a una nueva y ampliada discusión nacional sobre

la situación cultural, jurídica, territorial, de los pueblos ancestrales y provocó cambios legislativos que abrieron cauces a modificaciones en términos de políticas públicas, como las de salud.

El parteaguas legislativo que dio reconocimiento a la pluriculturalidad de la nación mexicana «sustentada en sus pueblos indígenas», ocurrió en 1992, aunque a nivel internacional ya el gobierno mexicano había suscrito variados convenios internacionales que protegían los derechos de los pueblos originarios a un sistema sanitario con enfoque intercultural,<sup>1</sup> el cual quedó asentado en la modificación, en 2002, del Artículo 2 Constitucional, donde se reconocen los derechos de los pueblos indígenas a preservar todos los elementos de su identidad cultural, así como a aprovechar debidamente la medicina tradicional (Almaguer; *et al*, 2014).

- Se impulsó entonces un modelo de política intercultural por parte de la Secretaría de Salud que partió de las siguientes premisas:
- El respeto a la diversidad y singularidad y con ello a los derechos humanos y de género.
- Todos los grupos humano son grupos culturales con identidad propia, parte esta de una visión del mundo que le es particular y coherente de acuerdo a su identidad y singularidad.
- Las sociedades humanas construyen cultura y junto con ella diferentes elementos que le son propios, como su medicina, patrimonio común de la humanidad.
- No existen culturas mejores que otras, cada cultura desarrolla en la interacción histórica y cotidiana de sus miembros con su contexto los diferentes elementos y estrategias para su desarrollo y supervivencia.
- Las sociedades nacionales deberán velar, preservar y acompañar el desarrollo de las sociedades y grupos vulnerables, como sustento de su riqueza e identidad cultural.

Así fue como en la legislación secundaria correspondiente a la del sector salud de 2006 se logró asentar como una obligación de las autoridades sanitarias «Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas».<sup>2</sup>

1 La salud intercultural encuentra su marco de referencia desde los contextos internacionales desde la Organización de las Naciones Unidas que en su declaración sobre los derechos a los pueblos indígenas en su artículo 24 menciona: «Los pueblos indígenas tiene derechos a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho al acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud». También encontramos sustento con el artículo 25 del convenio 169 de la OIT suscrito por México en 1990 en donde se menciona en su punto número 2 lo siguiente: «Los servicios de salud deberán organizarse en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales».

2 Diario Oficial de la Federación, *Ley General de Salud* 2006, Artículo 6º, apartado VI Bis. Además, algunos estados de la república cuentan en sus constituciones locales, con un marco legal que protege y alienta el uso de la medicina tradicional y las ahora llamadas medicinas alternativas, como en los casos de Oaxaca, Morelos y Chiapas, donde existe una reforma a la ley de salud estatal que contempla el uso y respeto de estas prácticas tradicionales. Además, algunas otras entidades están en camino de legislar una legislación hacia los pueblos originarios, pero todavía discuten si el usar estas medicinas es un retroceso u optar por invisibilizar su uso.

Este fue el marco legal para generar políticas sanitarias de carácter intercultural en el terreno institucional, por lo cual en la Secretaría de Salud se creó la Dirección de Medicina Tradicional y Salud Intercultural, instancia que depende de la Subsecretaría de Innovación y Calidad.<sup>3</sup> En dicha Dirección se han generado acciones programáticas que buscan atender desde diferentes frentes la relación inequitativa entre la medicina tradicional y la medicina convencional. Uno de esos frentes es insertar el enfoque intercultural en los servicios de salud.

La incorporación de tal enfoque en los programas de salud, según la Secretaría al mando ha tenido como objetivos:

- Transferir a la comunidad información, conocimientos, recursos, organización e iniciativas de manera que esta las pueda aprovechar en beneficio propio, de acuerdo con su propia percepción de la problemática.
- Evitar consecuencias producto de una mala comunicación.
- Facilitar que la población participe en la planeación y evaluación de los servicios y programas, asumiendo el control de los procesos relacionados con su salud, su ambiente y su contexto social.
- Potenciar los objetivos comunes y generar acciones conjuntas.
- Favorecer la igualdad de oportunidades de acceso a los servicios salud.
- Fortalecer la oferta de los servicios.
- Promover la satisfacción de las necesidades de la población usuaria.
- Mejorar el impacto clínico y educativo de las acciones.
- Aumentar la seguridad de las acciones terapéuticas (Almaguez, s. d.)

Así es como la política pública intercultural se constituye como una de las innovaciones más trascendentes en el área de la salud, al incorporar en la planeación y ofrecimiento de sus servicios el concepto y las implicaciones del reconocimiento a la diversidad cultural.

### **3. Indicadores de Interculturalidad del Programa Caravanas de la Salud**

El primer programa con enfoque intercultural instrumentado por la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), en coordinación con la Dirección de Medicina Tradicional y Salud Intercultural fue el denominado «Unidades Móviles, Caravanas de la Salud», el cual incorporó en sus reglas de operación —el conjunto de disposiciones que precisan la forma de llevar a cabo su labor— lineamientos para adecuar los servicios a las características culturales de la población, contar con personal de salud con competencia Intercultural y la importancia de considerar los elementos lingüísticos en la relación con la población indígena a atender.

<sup>3</sup> Uno de los resultados de estas estrategias fue que desde el año 2008, el Sistema Nacional de Protección Social en Salud «incorporó criterios de Interculturalidad para la acreditación de Unidades de Salud, considerando la capacitación/sensibilización intercultural del personal de salud, la promoción de los programas de lenguas indígenas y contar con mecanismos para la traducción en lenguas indígenas en los servicios.

Con base en estos lineamientos se decidió que para lograr el enfoque intercultural del Programa este debería contar con:

- Personal de salud bilingüe
- Personal profesional con competencia cultural.
- Difusión de programas de salud en la lengua local.

Estos lineamientos serían convertidos en indicadores de interculturalidad al momento de evaluar el Programa Caravanas, pero primero especificaremos las razones de su operación.

### **3.1. Personal de salud bilingüe**

A pesar de la historia de colonización, las políticas de integración y la modernización han causado efectos sobre el uso de las lenguas originarias, sobreviven 63 de ellas con innumerables categorías lingüísticas a lo largo de la república, siendo bilingües la mayoría de sus hablantes. Así, se asegura que siete de cada diez indígenas hablan su lengua original.

La importancia de contar con personal de salud que hable la lengua de los beneficiarios radica en la reivindicación de las costumbres y tradiciones indígenas, lo cual incluye las lenguas originarias, que como política pública en México fue insertada desde la visión del etnodesarrollo e inscrita en las estrategias del sector para la sensibilización médica en el tema de la interculturalidad, al promover y adecuar servicios de salud con sensibilidad cultural, teniendo como líneas de acción promover cursos de lengua originaria para el personal de salud en regiones indígenas, así como la posibilidad de contar y/o fomentar la asignación y/contratación de personal bilingüe en los servicios de salud.

Las lenguas originarias, perseguidas durante los siglos de la colonia, y luego suprimidas en aras de la integración nacional después de la independencia y en la posrevolución, bajo el enfoque de la interculturalidad forman parte del necesario entramado reivindicatorio de los derechos humanos indígenas, en los que se incluye el de la salud, donde el entendimiento de la lengua es fundamental para acercarse a la cosmogonía de los beneficiarios y la medicina tradicional que usan a la par de la medicina occidental.

### **3.2. Personal profesional con competencia cultural**

La competencia cultural teóricamente es la «habilidad y capacidad para interactuar y negociar con grupos culturalmente diversos, comunicándose de una forma respetuosa y eficaz de acuerdo con las múltiples identidades de los participantes o usuarios, fomentado actitudes de respeto, tolerancia, diálogo y enriquecimiento mutuo, constatando que la verdad es plural y relativa, y que la diversidad puede ser fuente de riqueza».

En el caso de los servicios de salud, el personal culturalmente competente debe fomentar una comunicación respetuosa y eficaz de acuerdo con las múltiples identidades de los participantes y/o usuarios de los servicios, promoviendo para sí mismo y para dichos usuarios actitudes de respeto, tolerancia y diálogo, atendiendo que su conocimiento no es único —la verdad es plural y relativa— y la diversidad lo enriquece.

Así, la competencia cultural implica el conocimiento y la empatía hacia los diferentes usuarios, la comprensión de su percepción del mundo, la capacidad de no calificar o



descalificar a ninguno por ser diferente y la detección de las barreras culturales existentes, diseñando estrategias para eliminarlas. Dichas barreras suelen estar delimitadas por la lengua, las tradiciones y el contexto, que en el caso de la atención a la salud, se manifiestan en la organización de los servicios —sistema—, en las actitudes del personal de estos y en la de los usuarios.

De ese modo, se considera que los servicios de salud culturalmente competentes son aquellos donde es posible evitar, detectar y eliminar las barreras culturales presentes en el sistema, en los espacios y las perspectivas de los prestadores, fomentando actitudes de respeto, tolerancia y diálogo, permitiendo impulsar la participación social, la comunicación asertiva y el conocimiento de los marcos filosóficos, científicos y culturales que sustentan la cultura, creencias y preferencias de la población, respecto a las prácticas médicas y curativas de la medicina institucional y de otros modelos de atención a la salud diferentes a la medicina convencional, presentes en las preferencias de la sociedad, lo cual no es poca cosa.

Esto porque en el proceso de formación de los médicos convencionales es muy limitada la capacitación a estudiante de medicina sobre nociones de etnomedicina o de antropología médica, por lo tanto, desconocen los rasgos socioculturales de la enfermedad en el contexto de los pueblos originarios.

### **3.3. Difusión de programas de salud en la lengua local**

Aunque actualmente se menciona que existen 63 lenguas indígenas habladas en el país, todavía en 1995 se registraban 81 lenguas y 242 categorías lingüísticas, lo que da cuenta de la variedad cultural y la importancia de que interacción del personal médico y la comunidad indígena en su propia lengua, pues quienes desde las instituciones se acercan a las comunidades deben promover sus servicios de manera clara y comprensible.

Con el enfoque intercultural en salud, la difusión de la información a profundidad y en la lengua de los usuarios si son indígenas monolingües o no, es importante para que estos reconozcan los procedimientos, beneficios y consecuencias de la atención ofrecida, asegurándose de su comprensión y de su consentimiento

Así, se instituyó como uno de los objetivos de la incorporación de este enfoque, la obligación de transferir a la comunidad información, conocimientos, recursos, organización e iniciativas de manera que esta las pueda aprovechar en beneficio propio, de acuerdo con su propia percepción de la problemática, a través de la promoción de los programas de salud, que debe contar con mecanismos de difusión para la traducción en lenguas indígenas en los servicios.

De ese modo se estipuló que el programa de caravanas el personal de salud y/o el personal bilingüe de apoyo deberá promover los diferentes programas de salud en la lengua local y difundirse los derechos de los pacientes y señalización de las áreas a través de carteles comprensibles y con la simbología adecuada a su cultura.

## 4. Evaluación de la operatividad de los indicadores de interculturalidad del Programa

El Programa Caravanas fue creado en 2007 con el objeto de ampliar la oferta de servicios de salud a la población de localidades con menor índice de desarrollo humano, alta y muy alta marginación, con dispersión poblacional y geográfica, sin acceso o dificultades para obtener atención médica. Esto se realizó mediante equipos itinerantes y unidades médicas móviles que ofrecieron servicios de prevención y promoción del cuidado de la salud, actuando de forma complementaria a las unidades médicas fijas, como los centros de salud. Así, este Programa de cobertura nacional, se efectúa en localidades ubicadas en municipios de bajo índice de desarrollo humano, como los municipios predominantemente indígenas, «comprendidos entre los 200 más pobres del país».

Las cifras de la pobreza en México señalan que 7 de cada 100 mexicanos son indígenas —con el criterio de hablantes de una lengua originaria—, siendo ocho de cada diez pobres, y de estos, se considera que la mitad vive en pobreza extrema.

Dadas las comentadas resoluciones e infraestructura administrativa en la Secretaría de Salud para integrar en programas como este un enfoque de interculturalidad, fue como su servicios se empezaron a ofrecer «basados en criterios de calidad, anticipación, integralidad, inclusión y resolutivez», por lo cual se estipuló oficialmente que dichos servicios de salud se otorgaran utilizando tal enfoque.

Por otro lado, en México se han incorporado a los instrumentos de análisis de las políticas públicas las denominadas evaluaciones, a modo de contar con puntos de referencia que permitan incidir, orientar y eventualmente, proponer las adecuaciones pertinentes a los programas en general y a los programas dirigidos a la población indígena en particular, como en el caso del Programa Caravanas, donde instancias externas a las instituciones que los instrumentan analizan su desempeño.

Al respecto, la Universidad Intercultural participó junto con un grupo interdisciplinario para realizar la evaluación operativa de la interculturalidad del Programa Caravanas en 2013, como parte de sus atribuciones en el análisis procedimental de las políticas públicas dirigidas hacia los pueblos originarios. La evaluación tuvo como ejes de análisis los tres indicadores de interculturalidad antes expuestos, es decir, 1) El uso de lengua indígena en los espacios de salud (personal de salud bilingüe, 2) Sensibilización y disposición en torno a la interculturalidad (personal profesional con competencia cultural, y 3) la Difusión de programas de salud en lengua indígena.

La metodología usada incluyó diversas técnicas cuantitativas y cualitativas aplicadas a comunidades beneficiadas por el servicio de salud en tres distintos estados de la República: Oaxaca, Puebla y Estado de México, seleccionados por considerar que su población indígena es muy disímbola en términos de contextualidad, a modo de darle fiabilidad muestral a la evaluación y también por razones presupuestales.



#### **4.1. Hallazgos sobre el uso de la lengua indígena en los espacios de Salud (personal de salud bilingüe)**

Respecto al primer aspecto de interculturalidad analizado, el de uso de la lengua, la evaluación halló que el Programa solo lo cumple muy parcialmente (14.3 %), pues casi no se encontró en los lugares una persona bilingüe del personal de la Unidad Médica Móvil, y de los que la hablaban, casi un 89 % fue personal de enfermería y un 11 % auxiliares de dicha unidad.

Para alguno de los organizadores de la evaluación, un servicio con elementos interculturales tendría personal que en principio debería saber la lengua de sus beneficiarios, lo cual no es sencillo dadas las características de quienes estudian en el modelo de la medicina convencional. Ello, porque si en sus procesos de formación los médicos, enfermeras o asistentes reciben poca o nula capacitación sobre nociones de otro tipo de medicina, menos van a aprender una lengua originaria.

Aunque también se aduce que por ejemplo un médico bilingüe no aseguraría una comunicación efectiva y fluida, por lo que se requiere contratar profesionales de la salud capacitados en temas de interculturalidad, con la habilidad de desempeñarse en zonas de alta marginación, que sean sensibles a la cultura y a la relación de los usuarios de acorde a sus percepciones respecto a salud enfermedad, nacimiento y muerte. De ese modo se recomienda que se debería incluir en el perfil de profesional, tanto médico como asistencial, personal que hable la lengua originaria como requisito deseable.

Esto sería lo conveniente, pero dadas las actuales condicionantes del personal médico, el Programa contempla la existencia —que no empleo— de traductores, lo cual se realiza muy parcialmente, ocurriendo además que «muchos de la gente que se usa como traductor no es un traductor en realidad....es el señor que trabaja en la comunidad, el que tiene tiempo de apoyar, el de la tienda», quienes no reciben una contraprestación por su trabajo.

Así las cosas, aunque las disposiciones formales estipulan la existencia de traductores y la evaluación asevera que se debe capacitar al personal que actúa como tal en temas de salud en lugares donde la lengua indígena prevalece, el hecho de que exista traductor no garantiza que la comunicación sea eficiente, ya que el matiz cultural y los significados cosmogónicos de la lengua originaria pueden dificultar su traducción y si a esto le agregamos el lenguaje técnico médico, se dificulta más la relación médico paciente. Con todo se refiere que la capacitación en interculturalidad es fundamental en el desarrollo de este tipo de programas y uno de sus pilares básicos de funcionamiento.

#### **4.2. Hallazgos sobre sensibilización y disposición en torno a la interculturalidad (personal profesional con competencia cultural)**

El tema de la capacitación al personal de salud es un esfuerzo bien direccionado, sin embargo, según los resultados evaluatorios, se debe reflexionar sobre el contenido, duración de los cursos y talleres realizados entre este tipo de personal y si estos son suficientes para generar una competencia intercultural.

Así, la evaluación muestra que no existen las herramientas suficientes para ponderar cómo se acredita la competencia intercultural. «Sólo se dan cursos pero no se le da

seguimiento al aprendizaje. Tampoco se cuenta con una evaluación con listas de cotejo o con otros instrumentos para valorar qué tanto se adquirió la competencia». La competencia en Interculturalidad es un proceso muy complejo, «para poder decir que una persona es competente en interculturalidad y por ende decir que una institución (en este caso las Caravanas) es interculturalmente competente».

De igual forma se señala que habrá que analizarse si los cursos son suficientes para que el personal adquiriera los conceptos de interculturalidad; entienda algunos nuevos procedimientos y cambie su actitud hacia la interculturalidad. Aunque es deber decir que los hallazgos respecto a la capacitación fueron muy diferenciados según las entidades, según su grado de multiculturalidad. Mientras que en el Estado de México no se encontró evidencias de capacitación, ni sensibilización del personal de salud, en el estado de Puebla sí la hubo pero no de forma tan intensa y continua como en Oaxaca.

Esto porque se asegura que en Oaxaca el personal de salud ha pasado por muchas experiencias en relación a la medicina tradicional y tiene la apertura de conocer más sobre ello y aplicarlo en la comunidad. «Eso lo denota el interés no solo de médicos, sino también de los coordinadores, enfermeras y supervisores por desarrollar más esta integración de cosmovisiones». Así, en cada estado es diferente la percepción sobre la calidad de la atención, situando el punto más alto en Oaxaca, medio en Puebla y el más bajo en el Estado de México.

Por ello, con base en el análisis de los resultados evaluatorios se sugiere crear procedimientos que valoren y den seguimiento a los cursos de interculturalidad en el marco de la competencia intercultural, así como expandir los contenidos y la duración del tiempo del taller de sensibilización con temas como: «El enfoque intercultural en el desarrollo de programas de educación para la salud, la alimentación con enfoque intercultural y metodología de planificación y presentación de proyectos».

También que la capacitación dirigida a médicos se incline hacia la sinergia médica, a fin de que estos tengan la capacidad de crear puentes de unión entre la medicina tradicional y alópata, con temas como: «Farmacopea indígena de la región y su interacción con medicamentos alópatas, la eficacia terapéutica y el enfoque biopsicosocial de la enfermedad, la relación médico-paciente desde la cultura». Ello porque no se debe perder de vista que la interacción de la medicina tradicional y alópata existe y no solo se da en el terreno entre médico y medico tradicional, sino también en el paciente ya que en las comunidades muchas veces mezclan medicamentos o terapias sin enterar al médico alópata o al tradicional, lo cual puede traer interacciones terapéuticas no gratas para la salud, por lo cual es necesario que el médico conozca las posibles interacciones fármacos-plantas medicinales y con las terapias como por ejemplo el temazcal.

### **4.3. Hallazgos sobre la difusión de programas de salud en lengua indígena**

La Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, en su formato de auto-evaluación para la acreditación de unidades médicas rurales en zonas indígenas incluye que: debe de existir un cartel visible donde se expresa la satisfacción del usuario como elemento sustancial de la unidad de salud y que se cuente con señalización (dibujos claros de acuerdo al mensaje) e información al español y /o en lengua indígena.

Sin embargo, estas indicaciones para comunicar los mensajes sanitarios, aunque congruentes con el enfoque intercultural, no son las más adecuadas para el contexto lingüístico mexicano. La mayoría de las lenguas de los pueblos originarios «la población las habla, las entiende pero no las escribe y por tanto no las leen», debido a que en su historia de persecución, discriminación y agravios, en gran medida solo la oralidad ha sido una forma de transmisión de la cultura en comunidades ancestrales.

Es de ese modo, la información escrita para efectos de divulgación de los programas sanitarios en zonas indígenas con la utilización de diversos formatos escritos, son de muy poco alcance. Aún más, «los únicos que leen las lenguas originales son los intelectuales, en las universidades, en espacios interesados en los indígenas, pero usted va al pueblo, y pregunta y le dicen, sí hablo mazahua, desde niño, pero no leo...porque la gente no lee la lengua».

Así por ejemplo, en las entrevistas realizadas como método de evaluación resaltaron que los beneficiarios del programa no entienden los materiales de difusión del programa- aún escritos en la lengua original- ya que la mayoría de la gente de las zonas indígenas habla activamente su lengua pero desconoce cómo leerla y escribirla. Y aún más, no caer en errores de difusión como los ocurridos en una comunidad de Oaxaca, en la cual los mensajes de promoción de la salud estaban escritos en español, mientras que la población mayoritariamente solo habla mixteca.

Así, la evaluación externa concluye que es un deber reflexionar sobre la pertinencia de hacer solo difusión escrita en la lengua, pues quizá sería más apropiado hacerla a través de simbología que la comunidad comprenda, y además realizar la divulgación de los contenidos sanitarios través de otros medios de información como el perifoneo y las radios comunitarias.

En forma general se puede afirmar que los hallazgos desagregados por estado mostraron las divergencias esperadas en cuanto a los contextos estatales. Así, en las comunidades oaxaqueñas se mostró mayor disposición a integrar los elementos de interculturalidad por parte de las autoridades y de recepción a dichos elementos por parte de los usuarios, debido a que es una de las entidades con mayor población indígena, y tiene una historia de instrumentación de políticas locales dirigidas específicamente a esta población ya que por ejemplo cuenta con una Secretaría de Atención a Pueblos Indígenas. No fue el caso de Puebla y el Estado de México, donde, como se había comentado, fue menor dicha disposición que en Oaxaca, con niveles preocupantemente mínimos en el Estado de México, donde el proceso de urbanización ha minado parte de la riqueza multicultural.

## **5. Interculturalidad y Comunicación Intercultural**

Gran parte de los resultados de la evaluación al Programa Caravanas; a sus elementos de interculturalidad, evidenciaron las necesidades no solo de interacción lingüística del personal de salud en zonas indígenas, sino de sus requerimientos de capacitación en el enfoque intercultural, tanto como los de sus agentes traductores, y de la posibilidad de utilizar los medios y soportes comunicativos al alcance para difundir y poder divulgar, no solo la información sanitaria sino también dicho enfoque, remitiendo dichas cuestiones en su conjunto, a las dimensiones comunicológicas de la interculturalidad.

Los procesos de descolonización de la segunda mitad del siglo XX generaron no solo los movimientos de autoreconocimiento de las naciones subalternas, sino también la movilización de las minorías poblacionales. Por ello, desde el pensamiento hegemónico occidental se empezó a plantear la posibilidad de interrelacionar a los pueblos ya no solo con el uso de la fuerza, sino con el conocimiento de las diferencias para poder negociar y enlazarse económicamente. Las organizaciones internacionales como la ONU y la UNESCO, en los años 70 manifestaron claramente la necesidad de reconocer las diferencias para lograr la comunicación entre los distintos pueblos y culturas con el apoyo de los modernos medios de difusión. Para la hegemonía mundial —Estados Unidos a la cabeza— era estratégico cimentar su influencia hacia el exterior, y se empezó a evaluar las posibilidades de la interculturalidad

Sin embargo, las previsiones teóricas que sustentaban que este tipo de relación entrañaba comunicación e interacción entre culturas, enfrentaron las ideas que también desde los países emergentes empezaron a desarrollarse ante el embate del libre flujo informativo, que consideraba a los medios de comunicación como instrumentos para el progreso. Las teorías de la dependencia y del imperialismo cuestionaron desde el Tercer Mundo el libre flujo informacional como mecanismo aséptico de desarrollo. Desde la UNESCO elaboraron propuestas teóricas y técnicas alternativas ante la avalancha de lo ahora reconocido como las nuevas tecnologías de la información y comunicación, que devinieron en uno de los correlatos de la interculturalidad, es decir, la comunicación intercultural, pero ya no como estrategia o coartada culturalista desde la hegemonía, sino desde la subalteridad.

Como se ha expresado, la interculturalidad como dinámica procedimental requiere de horizontalidad, aceptación, respeto, inclusión, equidad, reciprocidad y solidaridad. Significa también una relación de intercambio, a partir de la cual cada una de las partes involucradas puede construir algo nuevo que no habrían podido hacer de manera independiente, como señalaría la teoría de «La construcción de la Tercera Cultura». Esto se hace posible por la adquisición, en una negociación y comparación conceptual y sinérgica, de elementos que antes no tenían, y que muy probablemente no habrían tenido de haberse mantenido dentro de su cultura sin abrirse al otro. En sí, es un proceso de índole comunicacional en su acepción más plena de retroalimentación y dialogicidad.

Así, aunque la comunicación intercultural, en sus inicios, se consideró como la comunicación que se podía establecer interpersonalmente entre pueblos con diferentes sistemas socioculturales y/o la comunicación entre miembros de diferentes subsistemas —por ejemplo grupos étnicos— dentro del mismo sistema sociocultural, se ha terminado por referir que, aparte de ser un campo de estudio que tiene como objetivo estudiar la forma en que la gente de diferentes orígenes culturales se comunica entre sí, especialmente cuando se manejan idiomas diferentes, como proceso comunicativo —desde una perspectiva comunicacional— es «el proceso de interacción simbólica que incluye a individuos y grupos que poseen diferencias culturales reconocidas en las percepciones y formas de conducta, de tal forma que esas variaciones afectarán significativamente la forma y el resultado de sus encuentros,» lo que no excluye la comunicación mediada, es decir, apoyada en un soporte más mediático.

Ahora, si bien en las relaciones con un enfoque intercultural son establecidas basadas en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo, este no es un proceso exento

de conflictos, donde la comunicación intercultural encuentra cabida al partir del principio de la dificultad o imposibilidad de comunicación entre los implicados. «Su proceso básico empieza con la percepción de las diferencias que sugiere que los participantes a menudo no comparten normas, creencias, valores y ni tan siquiera modelos de pensamiento y conducta».

Y es que desde la perspectiva de la comunicación intercultural no puede presuponerse que lo que pretende comunicar el emisor sea lo que interprete el receptor. Es decir, en la comunicación intercultural se pueden dar contextos de recepción muy dispares y que nada tengan que ver con el contexto de producción del mensaje, pues la interculturalidad implica una relación donde variados actores culturales conviven y se relacionan compartiendo espacios de todo tipo, situacionales, territoriales, lingüísticos, jurídicos, etc., donde lo primero que aflora son las diferencias.

Así, la idea de comunicación intercultural, es aplicada al análisis y comprensión de experiencias de relación entre actores —individuales o colectivos, institucionalizados o no— entre los cuales puede observarse la existencia de diferencias significativas en sus culturas, y no solo las étnicas, como se enfatizaba al inicio de la creación del campo de estudio, sino también las institucionales, corporativas, profesionales, de género, generacionales, de clase, etc (Mato y Maldonado, 2011).

Ese es el espacio de desarrollo de la comunicación intercultural, aunque también considera que las experiencias de relación pueden dar lugar a coincidencias, ya que «las semejanzas y diferencias entre las interpretaciones de los actores, sus visiones y culturas dan lugar también afinidades», situaciones a aprovechar para una comunicación intercultural efectiva (Mato y Maldonado, 2011).

Todo lo anterior ocurre porque se entiende que los actores sociales se relacionan en muy diversos contextos y formas que involucran modalidades específicas de comunicación entre ellos, con distintos objetivos —negociar, dialogar, enfrentarse— casi todas signadas por asimetrías de poder. Dichas formas de comunicación incluyen no solo contenidos expresados en palabras, gestos, imágenes y sonidos, sino también otros que no siempre pueden articularse de esas formas y que son relativos a valores, temporalidades, y formas de tomar decisiones, y otros elementos que en cada caso, coyuntura o contexto tienen sentido diverso (Mato y Maldonado, 2011).

Así, afirmar que estas prácticas no solo poseen un cierto sentido para los actores sociales que las desarrollan, sino también para quienes las observan o se ven afectados por ellas, y que el sentido atribuido por cada uno de estos actores puede y suele ser diferente, lleva a pensar que puede ser fructífero analizar este proceso desde una perspectiva que atienda a examinar las relaciones entre actores sociales a partir de los intercambios de sentido entre ellos.

## **6. El enfoque intercultural en el Programa Caravanas, o la posibilidad comunicativa**

Suele aceptarse que las diferencias culturales entre individuos son motivo de malos entendidos u otros problemas de comunicación que pueden conducir al conflicto, donde la comunicación intercultural puede apoyar el entendimiento, principalmente entre



actores étnica o lingüísticamente diferentes. Ese se puede ubicar como el principio básico para insertar como elemento de interculturalidad la necesidad de bilingüismo del personal sanitario en el Programa de Caravanas.

Sin embargo, el análisis de comprensión para una comunicación intercultural efectiva no se puede limitar a la lengua, sino ampliarse a las experiencias de relación entre actores entre los cuales puede observarse la existencia de significativas diferencias, no solo dada su distancia étnica o lingüística, sino también debido a otras circunstancias culturales que demarcan sus contextos.

Esto abarcaría los aspectos de producción, circulación, apropiación y transformación de sentido que resultarían significativos en las más diversas prácticas sociales. Desde esta perspectiva abierta, se puede examinar las relaciones sociales entre actores a partir de los intercambios de sentido entre ellos, tomando en cuenta que los participantes en un encuentro intercultural interactúan apoyándose en suposiciones culturales propias, las cuales actúan según la teoría, como pantallas perceptuales de los mensajes que intercambian (Mato y Maldonado, 2011).

Porque se ha analizado que todos los actores involucrados en los procesos de migración del discurso intercultural se convierten en un momento dado en canales de distribución de herramientas teórico conceptuales, facilitando el flujo de nuevas pantallas lingüísticas o la reconstrucción de las mismas.

En el caso específico de interés, del uso del enfoque intercultural de las políticas públicas dirigidas hacia los indígenas, el análisis de sus acciones y resultados del caso de las Caravanas de Salud antes descrito, nos sugieren la utilización de diversas suposiciones culturales o pantallas, —ubicadas en la práctica intercultural en México— utilizadas por los agentes de salud para informar sobre los servicios y tratar de comunicarse: La de la visión indigenista de la interculturalidad basada en la diversidad de lenguas indígenas y contenidos étnicos provenientes del mosaico cultural indígena; la visión pedagógico-actitudinal de la interculturalidad que valora lo diverso como enriquecedor para promover actitudes de tolerancia frente a la otredad, y/o la de la interculturalidad enfocada hacia el empoderamiento de los sujetos subalternos, de las comunidades donde se otorga el beneficio, como un derecho de los actores históricamente excluidos y discriminados.

Suposiciones como las anteriores en el enfoque intercultural, han sido elaboradas por ideólogos que teorizan acerca de dicho enfoque, y quienes en un esquema básico de comunicación serían los emisores; mientras que los que realizan un proceso de traducción e interpretación de las teorías elaboradas por los emisores con el fin de que lleguen a los receptores ya decodificadas y resignificadas, serían los intermediarios, y luego estarían los destinatarios o perceptores del discurso, quienes reciben la teorización de los primeros y la información en sí, reelaborándola.

Esta perspectiva considera la comunicación como una experiencia compartida en vez de como un acto individual con ejecutantes donde el marco de referencia cultural en el que cada agente o actor interpreta los mensajes puede variar de una mínima a una máxima diferencia. Algunas de estas diferencias pueden ser obvias, mientras que otras pueden ser más sutiles.

Creemos que durante el Programa Caravanas, el proceso de intermediación y transferencia discursiva por parte de los agentes sanitarios es fundamental al no solo incluir la



traducción lingüística —cuando son bilingües— con todas sus implicaciones, sino por el uso de las suposiciones culturales o denominadas pantallas como las sugeridas, que han definido parte de las relaciones establecidas en la praxis del Programa.

## 7. Los intermediarios del discurso intercultural

La categoría de intermediario es relacional y contextual. En el proceso de migración del discurso intercultural los traductores se convierten en un eslabón en la red de significados no solo del enfoque intercultural, facilitando el flujo de las pantallas lingüísticas como las mencionadas. Sin embargo, desde su modelo cultural específico y característico, no solo reproducen las pantallas encomendadas, en función de la cercanía o lejanía institucional, sino que interpretan y traducen conceptos a sus contextos, participando de un proceso de traducción e interpretación metadiscursiva al decodificar y resignificar.

Pero no todos los traductores cumplen su propósito primero, de exportar o importar nociones de interculturalidad a la par de la información sanitaria, debido a la intensidad o poder que tengan en la cadena relacional, porque como hemos visto, todo proceso comunicativo implica relaciones que pueden ser mayor o minoritariamente asimétricas.

Así, el intermediario tratará de divulgar lo que ha recibido sobre la interculturalidad; actuando como vínculo entre los emisores del discurso intercultural y sus receptores o usuarios del servicio con este tipo de enfoque, debiendo superar divergencias y resistencias internas para lograr un circuito virtuoso de tipo comunicacional.

Al respecto la teoría básica de la comunicación establece que la identificación de similitudes entre los participantes es un aspecto importante de la interacción. Para que se pueda mantener una relación de comunicación establecida entre participantes de culturas diferentes, deben llegar a un punto en el que perciban más semejanzas que diferencias entre sí. Algunos estudios sobre los contactos interculturales parecen reforzar esta creencia, y suelen colegir en que cuanta más información se tenga de los otros participantes, más familiares resultarán y se consideraremos más similares, facilitándose la intercomunicación.

Sin embargo, se ha encontrado que el éxito del proceso interactuante de un intermediario o traductor no solo estará determinado por el contexto, recursos y vínculos establecidos con otros actores, sino de que se mantendrá en función de los que le permitan o limiten su propio modelo cultural interno y su propia pantalla, pudiendo efectuar una traducción o interpretación sesgada del discurso, llegando incluso a desinformar.

Los intermediarios no tienen funciones o papeles fijos, sino que adquieren roles de traductores de discursos que responden en cada contexto a intereses altamente heterogéneos, institucional, étnica, biográfica y situacionalmente condicionados, por lo menos. En ese sentido la apropiación y resignificación discursiva que realiza un actor traductor constituye en sí un acto de traducción cultural cuyo potencial transformador no está predefinido.

Por lo anterior, la complejidad del proceso de intermediación-traducción reviste una importancia fundamental que en el caso de un programa gubernamental como el de Caravanas, no fue observado para cumplir sus objetivos de interculturalidad, al no

contemplar siquiera la existencia factual de utilizar servicios de traducción en caso de no existir la doble lengua en el personal sanitario. Además, como se ha enunciado, la traducción de una lengua es completamente subjetiva, implica una red de significados y significantes diferenciados según los contextos. Los traductores deben realizar un proceso de «traslado» completo de ideas o nociones, en tanto existen por ejemplo conceptos de prevención y salud de la medicina tradicional que no existen en la medicina pública, y estos deben entenderlos y explicar tanto en una cosmovisión como en la otra.

Por ello el bilingüismo del personal de salud, a pesar de voluntades y de la posibilidad de utilización de las pantallas interculturalistas —en el caso de haber sido capacitados— no pudieron realizar las mayores diferencias en el otorgamiento de sus servicios.

## **8. Los cursos para traductores y personal de salud con competencias**

Se ha analizado que los agentes y actores durante su proceso de formación, cuando pertenecen a las comunidades beneficiadas, pueden tender a recibir el discurso de la interculturalidad de forma institucional y vertical, llegando a percibirlo como una imposición, lo cual puede llevar al rechazo, no solo por la forma en que se difunde, sino porque no se ven reflejados en la propuesta del enfoque intercultural debido a que la institución de adscripción no se preocupa por integrar contenidos culturales que les sean propios; desde lo más básico, contemplar la oralidad de las lenguas, como en el caso de Caravanas de la Salud.

Así, se refiere que quienes son capacitados no se limitan a una simple reproducción del discurso institucional de adscripción, se halle este circunscrito a cualquiera de las pantallas de percepción como las mencionadas —indigenista, transversal, de empoderamiento— pues su papel es tan determinante que acuden a variadas estrategias.

De ese modo se prevé que para que los actores inmersos en un campo de transferencia institucional puedan completar el ciclo comunicativo del discurso intercultural, acuden a estrategias de doble reflexividad para apropiarse de tal discurso a forma de generar un objetivo común. Deben abrirse a los otros, los interlocutores, a sus discursos y significados, para conocerlos, cuestionarlos, al tiempo de cuestionar sus propios modelos y pantallas, en un acercamiento a la transversalidad, es deber decirlo, pues es un proceso de percepción del otro tanto como de uno mismo culturalmente y situacionalmente condicionado.

Es así como se observó que el proceso de capacitación como el del Programa Caravanas no solo requiere de mayor profundidad y alcances sino de la búsqueda de una interacción participativa para que esta no se perciba como una nueva imposición. Las instituciones deben capacitar no solo agentes de salud con esta doble reflexividad, sino agentes locales que aprehendan el enfoque y puedan revertir sus propias inercias, como por ejemplo cuando occidentalizan su conocimiento, pues estarán explicando tal visión, en una especie de continuo retorno.

## 9. Los mensajes traducidos

Desde la teoría comunicacional se ha expuesto que los medios de comunicación pueden transmitir mensajes muy distintos y encontrar niveles muy distintos de receptividad, dependiendo de los contextos en que se emiten y se perciben, en medio de un proceso que no es estático, sino que se adapta continuamente a las presiones y contradicciones del sistema cultural y mediático donde se producen dichos mensajes.

También, que cuando los mensajes a través de los medios logran articularse en discursos coherentes y/o sistemáticos pueden modelar identidad a diferentes niveles, personales, profesionales, culturales, etc., y que dichos modelos ayudan a los receptores de los mensajes a formar o a renegociar su identidad.

Las anteriores premisas serían parte de los reparos y posibilidades de la utilización de soportes comunicativos para una comunicación intercultural efectiva, donde como se recomienda en los hallazgos de la evaluación al Programa Caravanas, se requiere informar, difundir y divulgar con enfoque intercultural a través no solo de medios escritos —por la oralidad de las lenguas— sino que se requiere la utilización de otros medios aparte de los interpersonales, como los medios alternativos, en el caso de los contextos comunitarios a desarrollar los servicios, como el perifoneo o las radios comunitarias, ya de suyo soportes masivos.

Así, para elaborar los discursos interculturales a través de estos soportes comunicativos se requeriría aprehender a metacomunicarse, al adaptarse a la cultura receptora de los mensajes, adquiriendo la necesaria capacidad para recibir la información del nuevo contexto cultural, apropiarse así no solo de la lengua, sino de la habilidad necesaria para enfrentar nuevas normas y significados, contando con la aptitud para recibir y procesar efectivamente la información en una nueva competencia comunicativa por parte de los artífices de dichos mensajes.

## 10. Comentarios finales

Como hemos descrito y reflexionado a lo largo de este texto, instrumentar un programa con elementos interculturales donde además de otorgar los servicios sanitarios se involucren dichos elementos ha sido una tarea no solo múltiple, sino altamente compleja, por lo que a decir de algunos de sus artífices, ha resultado que en estas primeras etapas de desarrollo solo contemple los más básicos del entramado intercultural.

Lejos se está todavía de acercarse a una confluencia de los denominados saberes interculturales, donde ocurra un proceso activo de la comunicación intercultural con el ejercicio y el intercambio de información, la horizontalidad, la escucha, el respeto y el enriquecimiento mutuo en los procesos de interrelación de los servicios de salud, sea el elemento articulador para el empoderamiento de los usuarios y en esa medida, ese sea el elemento de la promoción sinérgica de los servicios interculturales en Salud.

La instrumentación de Programa Caravanas con los más básicos elementos de interculturalidad hizo resaltar, como hemos visto, la importancia de la intermediación cultural, lo que nos llevó a analizar dicho proceso comunicativo, sus alcances y problemas en los contextos abordados, lo que forzosamente debería llevar a replantear los lineamientos

de una política pública intercultural que hasta el momento no reconoce la importancia de los denominados traductores como intermediarios apoyados en suposiciones culturales propias que pueden llevar a cabo o no el circuito virtuoso de una comunicación intercultural efectiva.

Al respecto, en México se han realizado importantes esfuerzos por parte de las instituciones educativas interculturales por formar los recursos humanos que enfrentan la problemática indígena; solo se requiere enlazar con mayor ímpetu y voluntad a los lineamientos de las políticas públicas dirigidas hacia ese sector.

Así, es deber afirmar que ya existen los agentes profesionales de las universidades interculturales como intermediarios portadores de pantallas adecuadas a los fines del enfoque intercultural porque su manejo les permite reelaborarlas en beneficio de los beneficiados. Son también agentes de salud capacitados en temas de interculturalidad, con la habilidad de desempeñarse en zonas de alta marginación, sensibles a la cultura y a la relación de los usuarios.

Sin embargo, sino se abren los suficientes espacios de relación factual institucional, donde estos y otros capacitados profesionales perciban no solo el reconocimiento comunitario, sino una contraprestación a su importante labor, así como espacios institucionales con políticas más claras, lo que implica mayores presupuestos y mayor participación ciudadana, será más dificultoso el camino de tales políticas públicas en el ámbito de nuestro interés.

## 11. Referencias Bibliográficas

- Almaguer, J. A.; Vargas, V. (2014). *Interculturalidad en Salud, experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. Biblioteca Mexicana del Conocimiento. México: Secretaría de Salud.
- Alsina, R. (1999). *La comunicación intercultural*. España: Antropos.
- Alsina, R. (1995). *Los estudios de comunicación intercultural*. CIRIT: Universidad de Cataluña. p. p. 1
- Aldama, S. (2015). Jefe de la División de Salud Intercultural de la Universidad intercultural del Estado de México, participante en la evaluación por parte de la Oficina de Proyectos de la Universidad, entrevista realizada en septiembre de 2015.
- Almaguer, J. A; Vargas Vite, V. (2014). *Interculturalidad en Salud, experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. Biblioteca Mexicana del Conocimiento. México: Secretaría de Salud, p.101.
- Boito, M. E. (2000). La importancia de la oralidad en la cultura contemporánea. *Revista Latina de Comunicación Social*, 35 / Extra Argentina
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. (2006). *Lenguas Indígenas en Riesgo*. México.
- Diario Oficial de la Federación. (2006). *Ley General de Salud, Artículo 6º, apartado VI Bis*.

- De Moragas, M. (1984). *Teorías de la comunicación*. España: Gustavo Gilli.
- Diario Oficial, Secretaría de Gobernación. (2013). *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Caravanas de la Salud*. México.
- Instituto Nacional de Lenguas Indígenas. (2009). *Programa de revitalización, fortalecimiento y desarrollo de las lenguas indígenas nacionales 2008-2012*. (1<sup>ra</sup> ed.). México.
- Pierce, C (1988). *El hombre, un signo*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Mateos Cortés, L. S. (2006). *Interculturalidad y Educación Intercultural en México*. Gunther Dietz; CGEIB-SEP.
- Mato, D; Maldonado, A. (2011). *Interculturalidad y comunicación intercultural*. Venezuela: Universidad central de Venezuela, Consejo de Desarrollo científico y humanístico.
- Monroy Gaytán, J. F. (2015). *La evaluación de la política pública en México, El caso de los programas para el desarrollo de los pueblos indígenas*. UIEM.
- Sean, M. B. (1980). *Un solo mundo, voces múltiples*. UNESCO, FCE.
- Secretaría de Salud; DGLPLADES; Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. (2008). *Interculturalidad en Salud*. México.
- Secretaría de Salud, Universidad Intercultural del estado de México. (2008). *Evaluación del Programa Caravanas de la Salud en Localidades de Alta y muy Alta Marginación con Población Indígena: Medición Inicial Diseño de una evaluación de los efectos del PCS*. Informe final.
- Secretaría de Salud. (2008). *Programa de acción específico 2007-2012, interculturalidad en salud*. México DF. : Subsecretaría de Innovación y Calidad.
- UIEM-Secretaría de Salud. (2013). *Evaluación operativa de la Interculturalidad del Programa Caravanas*. México.
- Wolf, M. (1992). *La investigación de la comunicación de masas, crítica y perspectivas*. México: Paidós.